

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

217

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 mars 1910, à 1 heure

Par Félix MARSAN

Né à Saint-Pierre (Martinique), le 7 mars 1877

Ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris et de la Clinique des Maladies

des Voies urinaires de l'Hôpital Necker

Lauréat de l'Académie de Médecine

LES

Néphrites et Périnéphrites chroniques douloureuses

ET LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

Travail du Service de M. le Professeur Albarran

Président : M. QUÉNU, professeur.

Juges : MM. POZZI, professeur.

BROCA ANDRÉ, { *agréés.*
MARION, {

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

104

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

217

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 mars 1910, à 1 heure

Par Félix MARSAN

Né à Saint-Pierre (Martinique), le 7 mars 1877

Ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris et de la Clinique des Maladies
des Voies urinaires de l'Hôpital Necker

Lauréat de l'Académie de Médecine

LES

Néphrites et Périnéphrites chroniques douloureuses

ET LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

Travail du Service de M. le Professeur Albarran

Président : M. QUÉNU, *professeur.*

Juges : MM. POZZI, *professeur.*

BROCA ANDRÉ, } *agréés.*
MARION, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.
Professeurs MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....	{ N....
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	MARIE (PIERRE).
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD.
	ROGER.
Clinique médicale.....	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ HUTINEL.
Clinique des maladies des enfants.....	BALLET (GILBERT).
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ RECLUS.
	{ SEGOND.
Clinique chirurgicale.....	{ QUENU.
	{ DELBET.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BAR.
Clinique gynécologique.....	{ RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI.
Clinique thérapeutique.....	KIRMISSON
	ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNÉO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD.	DEMLIN.	LECÈNE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS PARENTS

*Témoignage de ma profonde reconnaissance
et de mon pieux souvenir.*

A M. LE DOCTEUR DUCOR

ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Hommage de ma filiale affection.

A M. LE PROFESSEUR DEBOVE

DOYEN HONORAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR LE DENTU

CHIRURGIEN HONORAIRE DE L'HÔTEL-DIEU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR ALBARRAN

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Témoignage de reconnaissance et de respectueux
dévouement.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR QUÉNU

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Internat.

MM. LES DOCTEURS TILLAUX (*in memoriam*), LESAGE, CAMPENON, AUVRAY, LE DENTU, MAUCLAIRE, MORESTIN, ROCHARD, ALBARRAN, LENORMANT, MARION.

Externat.

MM. LES DOCTEURS RICHELOT, BARTH, LE DENTU, BERGER (*in memoriam*), DEBOVE, WIDAL, MICHAUX.

A MES AUTRES MAÎTRES

MM. LES DOCTEURS PICHEVIN, MOUCHET, VEAU, CASTAIGNE, JOUSSET, LOEPER, RATHERY.

INTRODUCTION

On connaît la douleur dans les néphrites aiguës, mais dans les néphrites chroniques, les traités classiques les plus récents en font à peine mention, et pourtant Richard Bright, dans son mémoire, avait déjà attiré l'attention sur elle. Ce sont les chirurgiens qui ont insisté spécialement sur cette forme un peu particulière de néphrite, car ils intervenaient sur un rein, croyant trouver des lésions néoplasiques, tuberculeuses ou le plus souvent calculeuses, et en réalité ils trouvaient un rein qui semblait sain et parfois entouré d'une capsule graisseuse, épaissie et scléreuse. On crut d'abord à de la néphralgie, terme vague qui ne signifiait rien, mais au fur et à mesure, on s'aperçut qu'il existait des lésions de néphrite reconnues soit par la néphrotomie, soit par le microscope et les néphralgies *sine materia*, comme les hématuries idiopathiques, virent leur cadre se restreindre de plus en plus, car de plus en plus la néphrite coïncidait avec ces deux symptômes.

Ce sont ces douleurs que l'on est peu habitué à rencontrer dans les néphrites chroniques et qui donnent à la maladie une allure si spéciale, qui vont faire l'objet de ce travail.

Mais il est un point sur lequel je veux insister dès le début, c'est que si la douleur peut être l'unique symptôme de cette néphrite, comme c'est le cas le plus fréquent, il faut savoir également qu'elle peut s'accompagner dans près de la moitié des cas d'hématurie. Il est donc impossible d'exclure l'hématurie de cette étude qui, comme on le verra, n'a aucune relation de cause à effet avec la douleur. Enfin, la douleur peut apparaître secondairement chez un brightique de plus ou moins longue date, et dès lors le tableau clinique change complètement, car ce symptôme peut tellement prendre le pas sur les autres qu'il commande à lui seul l'intervention. Nous com-

prendrons donc sous le nom de « néphrites et périnéphrites chroniques douloureuses » toutes les néphrites chroniques dont le principal symptôme est la douleur. Nous insisterons naturellement plus spécialement sur celles dont c'est l'unique symptôme. Nous verrons ce qui les distingue des autres variétés de néphrite chronique, au point de vue étiologique, anatomique et thérapeutique. Nous insisterons tout particulièrement sur le mécanisme et le siège de cette douleur, et nous montrerons toute la difficulté du diagnostic.

Nous tenons à remercier ici nos excellents amis Heitz-Boyer, di Chiara et notre aimable confrère le Dr Finacchiaro, dont les traductions des ouvrages étrangers nous ont si singulièrement facilité la tâche.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire des néphrites et périnéphrites chroniques douloureuses est de date relativement récente. Depuis longtemps, on savait que toutes les coliques rénales n'étaient pas d'origine lithiasique, puisque Chopart, cité par Legueu, raconte que Boerhave, un jour, ressentit tout à coup une douleur aiguë, qui s'étendait de la région du rein gauche, le long de l'uretère vers l'os pubien, de sorte qu'il crut sentir une pierre qui descendait du rein. Il avait en même temps des nausées et des vomissements. La douleur aiguë subsista plusieurs jours, quoiqu'il bût abondamment une décoction émolliente. La douleur, après avoir disparu, se renouvela le lendemain en occupant toute la région des lombes, et dura pendant trois mois, mais avec moins d'intensité. Boerhave regarda cette affection comme d'origine et de nature rhumatismale.

La néphralgie définissait le rein douloureux, quelle qu'en fût la cause, et quand dans les antécédents et l'histoire clinique du malade on ne trouvait ni lithiase, ni tuberculose, ni cancer pour expliquer la douleur, on parlait de néphralgie essentielle, idiopathique, qui formait une deuxième classe de néphralgie de cause inconnue, par opposition aux précédentes, les symptomatiques.

L'hystérie, le rhumatisme, la goutte étaient les causes le plus souvent invoquées.

Sydenham, le premier, parle de la néphralgie hystérique et des signes qui permettent de la distinguer de la colique néphrétique.

Sauvage, Alibert, Strambio, Boyer parlent aussi de la néphralgie hystérique et rhumatismale.

Chopart, en traitant de la douleur dans les calculs du rein, dit : « *On a vu des accès d'hystérisme imiter si bien ceux de la néphrite calculeuse par la nature, le siège et le trajet de la douleur, par la suppression de l'urine, les nausées et les vomissements, qu'ils pouvaient tromper facilement les personnes même attentives à discerner les caractères particuliers qui désignent l'affection de tel ou tel viscère.* »

Rayer, dans son *Traité des maladies des reins*, conteste la néphralgie essentielle et rattache la névralgie rénale hystérique à des troubles de la moelle.

Sandras donne une description clinique complète de la névralgie rénale. Il insiste sur l'intensité de la douleur, sur son apparition brusque et capricieuse, sur l'absence d'hématurie et de réaction fébrile. « *Les accidents persistent longtemps, dit-il, sans que des désordres matériaux se manifestent même dans la nature des urines. Cette affection se voit chez les sujets qui ont une hérédité névralgique très prononcée.* »

Lecorché, par analogie avec les contractures spasmodiques de l'intestin, attribue les douleurs névralgiques rénales au spasme des uretères.

En 1870, Moss-Gun, en Amérique, fit une néphrotomie pour un syndrome de calcul. Il ne trouva pas de calcul, mais la douleur et l'hématurie furent néanmoins calmées. C'était le premier cas de néphralgie guérie par une néphrotomie.

En 1876, Maurice Raynaud, dans les *Archives générales de Médecine*, publie l'observation d'un ataxique qui avait présenté de son vivant des crises rénales très aiguës. Il compare ces douleurs aux crises gastriques vésicales et rectales qui sont bien connues dans le tabes.

En 1881, Le Dentu communiquait à l'Académie de médecine un cas où il fit l'incision de la capsule, croyant à la présence d'un calcul rénal. Il ne trouva rien par l'exploration à l'aiguille, mais le résultat, fut néanmoins très bon, car les douleurs disparurent.

Mac Lane Tiffany de Baltimore, en 1885, montre l'import-

tance de la néphrolyse dans les néphralgies, et il rassemble 21 cas dans son mémoire.

En 1886, Péan rapporte l'observation d'une néphralgie excessivement intense qui guérit par la néphrectomie.

Vers la même époque, Sabattier opère et guérit un malade présentant des hématuries, de l'albuminurie et des douleurs. Clément Lucas, Hulke, Mayo Robson, Senator, Broca, Albaran Pousson, Potherat, Poirier enregistrent des cas semblables.

Déjà à cette période, Le Dentu se demande si réellement la névralgie idiopathique du rein existe en dehors de la lithiasé. « Sans doute, disent Axenfeld et Huchard, l'analogie conduit à admettre l'hyperesthésie du plexus rénal comme pouvant se produire même à l'état de complet isolement ; mais pour énoncer ceci, il faudrait d'abord qu'on eût constaté l'absence de toute altération matérielle de l'appareil urinaire, et s'assurer qu'on ne s'est pas laissé tromper par une douleur musculaire ou une névralgie du plexus lombaire. »

En 1887, Ralfe présentait au Congrès médical de Dublin une série de faits avec des considérations sur les causes et la pathogénie des néphralgies. C'est pour répondre à cette communication que Malecot disait : « Nous nous demandons si notre confrère anglais a soumis ses malades à une observation assez longtemps prolongée. Nous croyons que le diagnostic de la névralgie simple du rein ne doit être porté qu'avec la plus grande réserve, et qu'il en est d'elle comme de la névralgie du foie devenue de plus en plus rare, à mesure que l'observation des malades a été plus minutieuse. »

Shepherd pense aussi que : « *plusieurs des cas appelés néphralgies essentielles sont probablement dues à une petite pierre cachée dans le rein, sans qu'elle produise aucune altération sérieuse de l'organe.* »

Legueu publie en 1891 un important travail sur les névralgies rénales, et il conclut de la façon suivante : « La névralgie rénale existe donc réellement ; idiopathique ou symptomatique ou réflexe, elle mérite de prendre place dans le cadre nosolo-

gique à côté des autres névralgies viscérales connues, vérifiées et démontrées. Quelle est l'altération des nerfs du rein dans ces cas de névralgie? Est-ce une irritation partie des centres, ou une excitation partie de la périphérie? Y a-t-il névralgie ou névrite? On ne sait rien de précis sur ce sujet, et aucun document dans le présent ne permet de poursuivre au delà de ce terme l'étude intime de la névralgie du rein. »

Comme on le voit, jusqu'à cette période, toutes les douleurs rénales, en dehors de la lithiase, sont mises sur le compte de la névralgie. Cependant, déjà en 1891, Block, dans les interventions pratiquées pour douleurs rénales et où le rein avait été trouvé parfaitement sain, avait eu l'idée de prélever un morceau du parenchyme pour faire l'examen microscopique. Il avait trouvé de la néphrite partielle et avait émis l'hypothèse qu'elle pouvait être la cause des douleurs. Il faut arriver à Harrisson qui publie en 1896 un travail sur quelques formes d'albuminurie associée à de la douleur et leur traitement. Il met en cause la néphrite pour expliquer ces douleurs qui ressemblent à s'y méprendre à la colique néphrétique. Dans ces néphrites, la capsule du rein est tendue à se rompre, et l'on trouve des suffusions ecchymotiques, des petites apoplexies sous-capsulaires. Il cite trois observations où il était intervenu soit pour la douleur, soit pour une erreur de diagnostic et où il avait amélioré les néphrites. Son procédé n'est pas une décapsulation du rein, mais une acupuncture. Il ponctionne en particulier les points congestionnés, incise au besoin le rein, s'il soupçonne un calcul, mais ne cherche pas à détacher la capsule.

En 1897, dans un article du *Nord Médical*, Aselin communique quatre cas de néphrite unilatérale qui avaient été améliorés ou guéris par la néphrotomie. Dans trois de ces cas, la néphrite s'était manifestée par des douleurs rénales, avec urine limpide et sans albumine.

Au XII^e Congrès de l'Association française de chirurgie, en 1898, mon maître, le Professeur Le Dentu, tout en ne niant pas l'existence de la néphralgie essentielle, pense qu'elle est

sans doute occasionnée dans beaucoup de cas, par des phénomènes vaso-moteurs, aboutissant à une sorte de fluxion hypérémique. Il apporte l'observation de six malades opérés pour des calculs et chez lesquels il n'avait trouvé que de la néphrite. Aussi sa conclusion est formelle : « *Il existe une forme de douleurs rénales qui rappelle de si près les symptômes de la lithiase qu'un diagnostic précis est tout à fait impossible. Ces douleurs paroxystiques sont en corrélation non plus avec de simples poussées congestives, mais avec de la néphrite et même avec diverses formes de néphrites totales ou partielles. Elles causent des douleurs assez vives, assez tenaces, offrant une ressemblance assez accusée avec les caractères des douleurs de la lithiase à grosses concrétions, pour que le diagnostic soit impossible, sans l'intervention directe par la main, les yeux, l'aiguille et le bistouri.* »

L'année suivante, Israël publie un travail considérable sous le titre : « Influence de l'incision rénale sur les maladies aiguës et chroniques du rein. » Le point de départ de son étude a été une anurie par pyélonéphrite aiguë chez un néphrectomisé. Il passe en revue quatorze cas appartenant au groupe de néphralgie et de néphralgie hématurique. Il conclut dans ces cas à des modifications inflammatoires et organiques du rein qui amènent une tension plus ou moins forte du parenchyme bridé par la capsule. Il préconise le traitement par l'incision et la néphrotomie, qui font disparaître non seulement les douleurs mais l'albuminurie, l'oligurie, la pollakiurie et les hématuries quand elles existent. D'ailleurs Keersmœcker, Albarran, Pousson, Potherat avaient aussi constaté l'existence d'une congestion du rein chez des malades qu'on pensait atteints de coliques néphrétiques et d'hématuries. Ces néphrites, opérées par Israël, présentent d'après lui trois caractères cliniques qui les différencient des néphrites médicales :

1° La douleur paroxystique, qui ne peut être différenciée des coliques néphrétiques causées par un calcul.

2° L'unilatéralité des symptômes causée, il est vrai, par des lésions unilatérales.

3° L'absence d'albumine dans trois cas de néphrites graves démontrées par l'examen microscopique.

Les onze propositions qui résument le travail d'Israël sont à lire en entier, car elles fixent d'une façon très précise la question de ces néphrites douloureuses jusqu'alors peu connues des chirurgiens.

1° Il existe des néphrites unilatérales.

2° Il existe des coliques néphrétiques, produites par des néphrites, elles ressemblent absolument aux coliques néphrétiques causées par des calculs.

3° Il existe des néphrites doubles, qui ne produisent que des coliques unilatérales.

4° Il existe des néphrites graves, sans que pour cela l'urine contienne de l'albumine ou des cylindres.

5° Malgré la présence des cylindres hyalins, granuleux et épithéliaux, l'urine peut être sans albumine.

6° Il existe des néphrites avec des hématuries profuses, survenant par accès.

7° Les hémorragies rénales peuvent se manifester par des coliques ou sans coliques ; l'hématurie n'est pas la cause de la colique ; les deux phénomènes sont la suite naturelle de la congestion rénale.

8° Une grande partie des maladies, connues jusqu'à présent sous le nom de néphralgies, néphralgie hématurique, hématurie angio-névrotique, etc..., sont dues à l'existence d'un processus néphrétique.

9° Dans beaucoup de cas, l'incision du rein influence d'une façon favorable le processus néphrétique.

10° L'anurie due à une néphrite ascendante peut être guérie par l'incision du rein.

11° Les plaies rénales ne devraient pas être fermées par des sutures.

Les conclusions d'Israël, surtout en ce qui concerne le traitement, furent l'objet de critiques très sévères de la part de Klemperer qui pense qu'il s'agit d'angionévrose, ne relevant que d'un traitement médical. Il lui reproche de ne s'être pas

entouré de garanties suffisantes pour le diagnostic, car, dans aucun des quatorze cas, il n'avait été fait de cathétérisme urétéral. Dans six cas seulement l'examen histologique a été pratiqué, trois d'entre eux ont été faits, après excision cunéiforme d'un morceau de parenchyme rénal. Chez un des malades, le rein ne présentait rien de pathologique, les deux autres avaient subi quelques légères modifications. Dans les trois autres cas, l'examen du rein avait été fait *post mortem*, la mort étant due à une infection opératoire, d'où l'explication des lésions constatées, causées sans doute par une infection ou une intoxication par le chloroforme ou un antiseptique. En tous cas, il n'y avait pas de preuve de l'existence d'une néphrite chronique, puisque les urines ne contenaient pas de trace d'albumine avant l'opération. De plus le rein ayant paru sain dans le cours de l'opération, l'on ne peut guère conclure, comme Israël le fait, à une néphrite chronique.

Malgré les critiques de Klemperer, Michaux, la même année, dans sa thèse sur : « les néphrites chroniques hématuriques », concluait à peu près dans le même sens qu'Israël. Ces néphrites chroniques hématuriques sont, pour lui, des néphrites mixtes avec prédominance très marquée des lésions sur l'appareil glomérulaire et sur le tissu conjonctif interstitiel. Elles présentent, au point de vue symptomatique, les trois caractères suivants :

a) Constatacion du syndrome urologique des néphrites.

b) Hématurie unilatérale.

c) Phénomènes douloureux.

« Les symptômes ordinaires du mal de Bright sont défaut ou sont à peine ébauchés. En raison de la persistance de l'hématurie elles sont chaque jour confondues avec la lithiase rénale, la tuberculose ou le cancer du rein. Le traitement médical n'a aucune action sur la disparition de l'hématurie ; la néphrotomie seule fait cesser à la fois la néphrorragie et les douleurs. » Ainsi, du même coup, les termes « d'hématurie essentielle » et de « néphralgie essentielle » avaient tendance à disparaître de la nosologie, car les examens histologiques

pratiqués de plus en plus permettaient de trouver la cause de ces deux symptômes isolés ou associés : la néphrite.

En 1901, nouvelle communication de Harrisson à la Société médicale de Londres, où il dit que la néphrotomie agit en diminuant la tension sanguine et donne au rein une circulation normale. Cette théorie fut appliquée par lui pour le traitement des néphrites aiguës et fit avancer la thérapeutique de la néphralgie et de la néphrite.

En janvier 1902, Rovsing, dans un intéressant travail sur le traitement des néphrites chroniques, signale cette forme particulière de néphrite chronique douloureuse. Tout en faisant des réserves sur les conclusions d'Israël, il lui semble probable que dans plusieurs des observations publiées par ce dernier, il existait des lésions de néphrite localisée, partielle, qui avaient été la cause des hémorragies et des douleurs. Mais ce qui lui semble bien plus important, c'est que dans six cas, Israël avait trouvé des adhérences périrénales entre la capsule propre et la capsule graisseuse. Il attire lui aussi l'attention sur quatre cas qui forment une maladie singulière, bien caractéristique et qui figurent dans la littérature autant sous le nom de néphralgie que sous celui de néphralgie hématurique. Ces malades qui souffraient de douleurs dans la région rénale accompagnées parfois d'hématuries, avaient de la néphrite interstitielle avec de la périnéphrite fibreuse. Il attribue les douleurs à la périnéphrite concomitante et pense qu'on peut éviter l'incision rénale et se contenter de la néphrolyse.

La même année, Kummel, en Allemagne, signale la difficulté qu'il y a à reconnaître ces néphrites chroniques douloureuses et combien souvent on est porté à diagnostiquer un calcul rénal.

Mais c'est surtout en France que Pousson, dans une remarquable étude sur le traitement chirurgical des néphrites médicales, envisage et précise successivement le traitement des douleurs, des hématuries et des accidents urémiques dans les néphrites chroniques. Il montre l'importance de la douleur fixe et continue dans la région rénale qui suffit dans certains

cas pour permettre de reconnaître le côté atteint de néphrite et autoriser l'intervention.

En 1906, Giuseppe Quattro-Ciocchi expose ses idées sur le traitement chirurgical des néphrites médicales. Il envisage à son tour la néphralgie et déclare que c'est un épiphénomène d'une affection indépendante et très variable dans son type anatomique, symptomatique et même étiologique. « *Nous ne pouvons pas encore avoir d'opinion sur la néphralgie. Nos moyens sont insuffisants pour reconnaître les altérations minimales des tissus, parce que la chimie ne nous a pas encore permis de découvrir des altérations dans la composition intime de ces derniers. Ce mot de néphralgie restera dans la terminologie médicale comme l'ascite, la sténose cardiaque, la phtisie, le catarrhe qui sont maintenant acquis à la science et qui ont aujourd'hui une autre signification. On devrait dire : néphrite chronique douloureuse, car la douleur rénale s'accompagne presque toujours d'hématurie, d'albuminurie et d'oxalurie.* »

La même année, Pousson, dans un article publié dans la *Province médicale*, se demande s'il y a lieu d'admettre l'existence d'un groupe de néphrite chronique douloureuse, susceptible d'absorber à son profit les névralgies rénales et les néphralgies. Il ne veut pas résoudre la question, car les observations publiées sous l'un ou l'autre de ces titres contiennent pour la plupart des renseignements insuffisants sur la composition chimique des urines et l'examen histologique de leurs dépôts, et aucune ne fait mention de l'état anatomique du parenchyme rénal. On peut supposer, d'après lui, à la lecture de ces observations, que les douleurs rénales, dont se plaignaient certains de ces malades, reconnaissent pour cause des lésions de néphrite, mais il serait téméraire de l'affirmer.

Ertzbischoff, dans sa thèse très documentée, déclare qu'il y a des néphrites qui ne se manifestent que par les hématuries, d'autres ne donnent lieu qu'à des névralgies ; d'autres enfin ne se traduisent que par des douleurs et des hématuries, néphralgies hématuriques. La capsule rénale jouerait, d'après lui, un rôle important dans les accidents douloureux et

congestifs des maladies des reins. La réno-décortication jointe au procédé de fixation à lambeaux capsulaires préconisé par Albarran suffit à améliorer, quand elles existent, les hématuries abondantes ou répétées et les douleurs très vives

James Tyson publie quatre observations de malades qui avaient été opérés pour de la lithiase rénale et qui n'avaient que de la périnéphrite fibreuse. Il conclut que cette dernière peut provoquer des douleurs qui font croire tout à fait à l'existence de calculs rénaux.

Godineau, dans sa thèse faite sous l'inspiration de Pousson, défend les idées déjà émises par son maître. Il démontre l'existence de ces néphrites chroniques douloureuses que l'on a souvent confondues avec la lithiase à grosses concrétions. Il n'en fait pas une maladie *totius substantiæ*, mais une maladie localisée le plus souvent à un seul rein et même à une partie d'un seul rein. Comme son maître Pousson, il montre que cette affection est curable, grâce surtout à une opération relativement bénigne : la néphrotomie combinée à la capsulectomie.

Enfin, récemment, Simonin et Tanton ont publié deux observations de néphrite et périnéphrite douloureuses dues à des contusions lointaines du rein. Ils attirent l'attention sur l'importance de ces contusions au point de vue médecine légale et insistent sur leurs suites médicales et lointaines.

Comme on le voit, l'histoire de ces néphrites et périnéphrites chroniques douloureuses a passé par deux phases bien distinctes. Inconnues au début, ces douleurs, à caractère si spécial, étaient mises sur le compte de la névralgie.

Ensuite, l'étude détaillée des observations, les nouveaux procédés d'investigation, les examens systématiques des urines et surtout les interventions chirurgicales permirent de constater des lésions de néphrite et de restreindre de plus en plus le champ de la névralgie. Jusqu'à quel point la néphrite et la périnéphrite permettent-elles d'expliquer ces douleurs et celles-ci sont-elles toujours l'effet des lésions anatomiques du

parenchyme du rein et de sa capsule fibro-graisseuse ? C'est ce qui nous reste à démontrer, mais déjà, nous pouvons dire que ce nouveau groupe de néphrite et de périnéphrite chroniques douloureuses est susceptible d'absorber à son profit la plupart des névralgies rénales et des néphralgies.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET PHYSIO-PATHOLOGIQUES SUR LE REIN ET SA CAPSULE

Avant d'entreprendre l'étude des néphrites et périnéphrites chroniques douloureuses, il est nécessaire de rappeler brièvement quelques notions anatomiques sur les enveloppes du rein et de voir quelles relations existent entre la glande et ces dernières. Ce chapitre nous permettra de mieux comprendre les suivants, surtout celui qui essaiera d'établir le mécanisme et le siège de la douleur.

1° **Capsule adipeuse.** — Dans sa situation rétro-péritonéale, le rein est entouré par un fascia de revêtement, le fascia propria qui se dédouble au niveau de son bord externe pour recouvrir ses deux faces. Le feuillet antérieur passe en avant du rein pour gagner la ligne médiane et se continuer sur le feuillet analogue du côté opposé. Mais, avant de gagner la ligne médiane, il abandonne, au niveau du hile, une très mince lamelle qui pénètre jusque dans le parenchyme en suivant les organes du pédicule rénal. Ce feuillet est renforcé par le fascia de Toldt sur une plus grande étendue à gauche qu'à droite, ce qui nous est expliqué par l'embryologie. Le feuillet postérieur est plus épais que le précédent ; Zuckerkandl en fait même un feuillet autonome. C'est le fascia de Zuckerkandl. Il s'insinue entre le rein et le muscle carré lombaire, tapisse le psoas dont il renforce la gaine et vient s'insérer sur la colonne vertébrale, immédiatement en dedans du psoas, sans franchir la ligne médiane. Au voisinage du hile, il se réfléchit aussi sur les vaisseaux qui y arrivent, pour les suivre, d'une part, dans le

rein, d'autre part vers les gros vaisseaux, aorte et cave. Il en résulte que le rein est dans une véritable loge ouverte en bas. Entre les parois de la loge et le rein existe un tissu graisseux qui constitue la capsule adipeuse du rein. Cette atmosphère adipeuse qui n'est bien établie que vers l'âge de dix ans, forme chez l'adulte une masse jaunâtre, molle, diffluite, plus abondante sur la face postérieure et le hile, au voisinage des pôles et surtout au bord externe du rein où elle forme un épais bourrelet. Elle est parcourue par un fin réseau cellulo-conjonctif qui va du rein à la face profonde du fascia, mais n'offre aucune espèce de résistance. C'est un fait sur lequel ont insisté Tuffier (1) et ensuite Delagenière (2). Dans cette enveloppe graisseuse on trouve un riche réseau vasculaire que nous retrouverons plus tard.

2° **Capsule fibreuse.** — La capsule fibreuse enveloppe complètement le rein. Elle est mince, blanchâtre et permet de voir le parenchyme rénal par transparence. Elle adhère au rein par une multitude de petits tractus conjonctifs qui pénètrent dans son intérieur et qui font que malgré son peu d'épaisseur elle ne se laisse pas déchirer facilement. Cependant, à l'état normal, on peut aisément décortiquer le rein et ce n'est que dans les cas pathologiques qu'elle s'épaissit, adhère intimement au parenchyme sous-jacent, ce qui rend la décapsulation difficile sinon impossible. Elle pénètre au niveau du hile, pour se continuer avec la tunique conjonctive du bassinet et des calices. D'après Sappey, elle se prolongerait même jusque sur les premières divisions des vaisseaux, leur constituant une véritable gaine. Elle est formée de faisceaux de tissu conjonctif entremêlés de quelques fibres élastiques. D'après Krause et Eberth, cette capsule propre serait formée de deux couches : l'une interne fibreuse, l'autre interne composée de fibres musculaires lisses, et Kostjurin pense même que cette dernière envoie de fins tractus musculaires à l'intérieur du

(1) TUFFIER, *Revue de chirurgie*, 1890.

(2) P. A. DELAGENIÈRE, thèse de Paris, 1892.

parenchyme. Johnson (1) dit que : « *la capsule rénale consiste en deux couches, l'externe, plus épaisse, qui seule est enlevée dans la décapsulation, l'interne, déchirée, restant en place.* » Mon maître, le Professeur Le Dentu, trouva également deux couches à la capsule fibreuse. A propos de la difficulté de la décapsulation, dans les néphrites atrophiques, Castaigne dit : « Il arrive dans une série de cas que la face capsulaire profonde paraisse absolument lisse ; il ne faudrait pas se hâter d'en conclure que le rein s'est bien décortiqué ; il est facile de s'apercevoir qu'il reste encore à sa surface une mince pellicule : en réalité la capsule s'est dédoublée en deux feuillets dont le plus profond est resté adhérent au rein. » Ce serait la couche interne, qui, d'après certains auteurs, persisterait après la décapsulation et serait le point de départ de la formation d'une nouvelle capsule qui acquiert un aspect fibreux ressemblant macroscopiquement à la capsule normale.

Le degré d'extensibilité de cette capsule fibreuse a donné lieu à de nombreuses discussions. Israël, Harriison, Robin, Pousson, Le Dentu, Senator ont admis qu'à la suite de congestions brusques du rein, la capsule fibreuse, inextensible, ne permettait pas la distension de l'organe et qu'il en résultait de la compression des vaisseaux, des glomérules et des tubes qui produisaient, suivant les cas, de l'oligurie, de l'anurie ou de l'hématurie. Howship et Dickinson auraient même constaté des déchirures de la capsule à la suite d'une rapide augmentation de volume du rein. Les expériences de Ferrarini (2) ne confirment pas les constatations anatomiques de ces derniers auteurs. Il pouvait pousser une injection de gélatine dans l'artère rénale, jusqu'au point d'augmenter du double le volume de l'organe, sans cependant constater de déchirure de la capsule. On a encore objecté aux constatations anatomiques de Howship et Dickinson les distensions énormes de la capsule, sans déchirure, dans les hydronéphroses, les

(1) JOHNSON, *Annals of Surgery*, 1903, XXXVII.

(2) FERRARINI, *Clinica chir.*, n° 10, 1903.

kystes, les tumeurs du rein. Mais, comme le fait remarquer Giuseppe Quattro-Ciocchi, les deux faits ne se contredisent pas et dépendent de lois connues en pathologie générale, à savoir : quand on soumet un tissu à une forte tension, il se distend jusqu'à ce qu'il ait atteint sa limite d'élasticité, et alors il se déchire ; si la force agit lentement, la distension n'a plus de limite car le tissu a le temps de se renouveler et de se multiplier. Quoi qu'il en soit, la capsule gêne le rein dans son expansion et lui forme comme une barrière qui limite sa distension. Ce fait, comme nous le verrons, prendra par la suite une très grosse importance.

3° **Relations entre le rein et sa capsule.** — *a) Tissu conjonctif.* — Les relations entre le rein et son enveloppe sont nombreuses. Elles sont conjonctivo-vasculaires. Nous avons vu que la capsule fibreuse était reliée à la capsule graisseuse par des petits tractus cellulo-conjonctifs. On retrouve ces mêmes tractus sur la face interne de la capsule fibreuse et qui pénètrent à l'intérieur du parenchyme rénal. D'autre part les enveloppes du rein pénètrent au niveau du hile pour accompagner les vaisseaux et se continuer avec le tissu conjonctif de l'organe. Celui-ci se poursuit jusqu'aux vaisseaux interlobulaires, se continue autour de l'artère afférente du glomérule, forme un petit cône à l'entrée de l'artère dans le glomérule et entoure le glomérule de une ou deux minces lamelles. Dans le reste de la substance corticale, il n'y a pas de tissu conjonctif ; tubes et vaisseaux sanguins sont étroitement accolés.

b) Vaisseaux et nerfs. — C'est surtout par l'intermédiaire des vaisseaux que le rein est étroitement uni à sa capsule. L'artère rénale, après s'être ramifiée à l'intérieur du parenchyme, donne de fins ramuscules qui pour la plupart se distribuent à la capsule et la traversent, d'après Ludwig, pour se perdre dans la capsule adipeuse. Ce sont ces rameaux perforants qui s'anastomosent avec les artères capsulo-adipeuses, étudiées déjà par Haller, Hyrtl et de nouveau par Schmerber, qui en distingue sept groupes : rénal, mésentérique, sperma-

tique, capsulaire, lombaire, aortique, diaphragmatique inférieur.

Malgré cette richesse anastomotique, la circulation exorénale est cependant incapable de suppléer l'artère rénale, dans le cas de ligature ou même d'insuffisance de ce vaisseau. Les expériences de Schultz, de Cohn, Blessig, Talma, Kuster, Schmaus et Albrecht, Alessandri sont concluantes à ce sujet. Jungano (1) a repris récemment ces expériences et a montré qu'après la ligature de l'artère, le rein pouvait subir la transformation fibreuse, ou un processus de calcification. Une autre particularité à signaler et qui ne favorise pas l'irrigation supplémentaire de la glande, c'est l'indépendance artérielle de chaque lobe ou lobule du rein. Pour beaucoup d'auteurs, il existe des anastomoses entre ces divers systèmes ; on peut injecter la plus grande partie de la substance corticale ou même l'écorce entière en poussant l'injection dans une seule des branches du sinus. Or, il est un point sur lequel insistent de nombreux auteurs, c'est l'importance qu'il y a à ménager la petite branche artérielle supplémentaire que l'on rencontre quelquefois dans certaines formes d'hydronéphrose. Sa section entraîne la destruction de tout le parenchyme glandulaire correspondant. Grégoire (2), par des préparations obtenues par corrosion, a démontré que *les artères rénales sont terminales et qu'il n'existe absolument aucune anastomose entre les différents territoires artériels*.

La capsule graisseuse est parcourue par de nombreuses veines qui forment sur les faces du rein un réseau très développé et qui constituent sur le bord convexe une longue arcade exorénale. Ces veines présentent des connexions avec le rein et avec les autres réseaux voisins.

Il y a d'abord quelques rameaux provenant du réseau capsulo-adipeux qui se dirigent vers le hile du rein pour se jeter dans la veine rénale.

(1) MICHEL JUNGANO, De la ligature de l'artère rénale, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1906, p. 961.

(2) R. GRÉGOIRE, *Bulletins de la Société anatomique*, 1906.

Une communication s'établit en outre à travers la capsule propre du rein avec le réseau veineux intrarénal au moyen de deux ordres de vaisseaux :

a) Des vaisseaux centripètes qui de la capsule graisseuse se déversent dans les étoiles de Verheyen.

b) Des vaisseaux centrifuges qui, partant des couches superficielles de la substance corticale, se déversent dans les veines de la capsule graisseuse.

Ces derniers, dont l'origine et la terminaison sont bien connues, communiquent largement dans l'épaisseur du rein avec les terminaisons de la veine rénale principale. Ce fait nous explique comment, en cas de stase, la circulation rénale de retour peut s'effectuer en partie par ces anastomoses.

Tout ce réseau veineux capsulo-adipeux communique encore largement avec les réseaux veineux avoisinants. Tuffier et Lejars ont bien étudié ces différentes voies anastomotiques qui forment cinq groupes principaux :

a) Au niveau du point où le côlon est en rapport avec le rein, on observe, entre les deux organes, de nombreuses veines, qui, en haut, communiquent avec les veines de la capsule graisseuse et, en bas, se déversent dans les veines coliques et dans la veine porte.

b) Au pôle supérieur du rein, les veines de la capsule communiquent avec les veines de la capsule surrénale et la diaphragmatique inférieure.

c) Sur la face postérieure du rein, les veines de la capsule graisseuse communiquent avec les veines pariétales de la région lombaire.

d) Le plexus veineux qui accompagne le 12^e nerf intercostal reçoit de nombreux affluents de la capsule graisseuse du rein.

e) Enfin quelques veines capsulaires communiquent avec les veines urétérales et spermatiques.

Malgré ces nombreuses voies de dérivation, elles n'arrivent pas à suppléer la veine rénale. Lécorché et Talamon ont observé que la ligature des veines rénales amène des troubles

circulatoires intenses. Lépine et Jungano, qui ont répété ces expériences, sont arrivés aux mêmes conclusions.

Les lymphatiques du rein forment deux réseaux : superficiels et profonds. Les profonds cheminent entre les tubuli contorti du labyrinthe, et entre les tubes collecteurs des pyramides de Malpighi. Les superficiels courent sous la capsule pubienne et s'anastomosent largement avec les précédents. Enfin Stahr a pu injecter un réseau spécial dans la capsule adipeuse qui communiquerait avec les lymphatiques superficiels.

L'innervation du rein a fait l'objet de nombreux travaux, mais nos connaissances sont encore très peu précises, malgré les travaux de Retzius, d'Azoulan et ceux de Berkley, Pensa, d'Evant et Disse qui sont les plus récents. Nous ignorons complètement les terminaisons sensitives des nerfs rénaux. Tous ces auteurs ont pu suivre des terminaisons nerveuses dans les parois vasculaires, dans les parois des canalicules contournés. Smirnow a même décrit des terminaisons entre les cellules, mais elles sont toutes de nature sécrétoire. Kölliker, Ludwig, Schwan, Schenk ont décrit des ganglions extra-rénaux admis aujourd'hui par tous les auteurs. D'Evant a observé aussi plusieurs ganglions parenchymateux intra-rénaux, déjà décrits par Valentin et mis en doute par certains auteurs, et enfin des terminaisons libres parenchymateuses, probablement de nature sensitive.

Tous ces nerfs proviennent du plexus cœliaque et des fibres des grand et petit splanchniques qui sont des nerfs de la vie végétative. Au contraire, d'après Rovsing, la capsule propre innervée par les nerfs lombaires et dorsaux, serait seule pourvue de nerfs sensibles. C'est ce fait qui lui permet d'expliquer le siège de la douleur et duquel découle, comme nous le verrons, son procédé thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, par suite de ces relations intimes entre l'enveloppe et son contenu, on comprend que la capsule ne reste pas indifférente aux processus pathologiques du rein. Sous l'influence des poussées congestives rénales fréquentes

et répétées, la capsule finit par s'épaissir, par adhérer au rein et ensuite aux organes avoisinants. C'est un fait connu que dans certaines formes de néphrite, la capsule propre est épaisse, adhère complètement au rein, dont la décortication entraîne des fragments du parenchyme. Cette sclérose de la capsule fibreuse se propage à la capsule graisseuse et ainsi se forme parfois un bloc de sclérose d'où il est difficile de libérer le rein. « Certains auteurs, dit M. le professeur Albarran, considèrent la capsule fibreuse du rein comme une membrane isolante, incapable de proliférer, mais les résultats cliniques et expérimentaux montrent le contraire, ce qui n'est pas fait pour étonner celui qui connaît l'histoire anatomique des péri-néphrites. Il faut pourtant savoir que, comme tous les tissus fibreux, la capsule propre du rein prolifère difficilement. »

On comprend aussi que si, sous une influence pathologique quelconque, la capsule prolifère et s'épaissit, le rein comprimé et gêné réagira à son tour. D'ailleurs les différents processus morbides qui atteignent l'un, retentissent sur l'autre par suite des nombreuses connexions qui existent entre les deux. D'après Quattro-Ciocchi, dans les inflammations rénales, non purulentes, d'origine hématogène et dues à des poisons métalliques, organiques, à des toxines ou même à des bactéries, on peut dire que, par sa situation topographique, par sa continuité avec les éléments conjonctifs interstitiels du rein, par ses connexions vasculaires qui rendent possible l'échange sanguin de dehors en dedans et de dedans en dehors, la capsule participe à tous ces processus morbides du rein, en proliférant ou en s'épaississant. De même le rein ne reste pas indifférent aux altérations morbides de sa capsule.

« En résumé, dit-il, il se passe dans le rein ce qui se passe dans les autres organes qui sont enveloppés par un tissu fibreux comme le foie, la rate, les poumons et le cœur, dans lesquels la capsule se ressent d'une lésion parenchymateuse du voisinage et réciproquement. Dans les reins, les lésions parenchymateuses et capsulaires sont contemporaines. Les néphrites

et les capsulites sont des lésions en intime rapport les unes avec les autres, c'est-à-dire complémentaires. »

C'est là un point que je voulais bien mettre en lumière et qui m'autorise à joindre, dans une même vue d'ensemble, l'étude simultanée des néphrites et des périnéphrites chroniques douloureuses. Elles sont associées le plus souvent, l'une est la conséquence de l'autre. C'est pourquoi je les réunirai toutes les deux pour ne former qu'un tout, puisqu'elles ne constituent à vrai dire qu'une seule et même maladie.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Nous avons dit que la néphralgie définissait autrefois toutes les douleurs rénales et qu'on lui associait le qualificatif d'idiopathique, quand on ne s'expliquait pas la cause de ces douleurs. C'était donc une maladie *totius substantiæ*. Or, depuis longtemps, M. Albarran avait insisté sur ce fait que les douleurs rénales étaient un symptôme et non une maladie, car il avait toujours trouvé une cause pour les expliquer ainsi que les hématuries qui les accompagnent. Suivant les cas, il avait trouvé de l'oxalurie, de la lithiase urique, de la rétention rénale, de la néphroptose et de la néphrite.

Dans son rapport à la 4^e session de l'Association française d'urologie, Legueu dit que, dans certains cas où l'hémorragie est associée à de la douleur rénale, on peut trouver une autre explication que l'angionévrose et attribuer une part exclusive, dans l'apparition de ces deux symptômes, aux lésions de sclérose dont le rein est le siège. Plusieurs observations qu'il rangeait, en 1891, dans le groupe des névralgies rénales, lui paraissent aujourd'hui être dues à la sclérose. Il pense même que si l'on exigeait pour toutes ces observations un critérium anatomique qui semble désormais nécessaire, on trouverait probablement, au fond de toutes ces névralgies, une lésion minime, inappréciable du rein. « *Sans nier la névralgie rénale, dit-il, nous pensons que la plupart de ces névralgies, surtout quand elles sont accompagnées d'hématuries, rentrent dans la catégorie des névralgies symptomatiques d'une lésion minime et souvent inappréciable, en dehors des cas, bien entendu, où le système nerveux est directement en cause.* »

C'est aussi l'avis de Pousson et de Quattro-Ciocchi, et comme eux, sans nier d'une façon absolue l'existence de la névralgie rénale, nous ne sommes pas loin de croire que toutes ces douleurs du rein qui s'accompagnent d'hématuries, quand elles ne traduisent pas la présence de calculs, de lésions tuberculeuses ou néoplasiques, sont dues en définitive à de la néphrite ou de la périnéphrite chronique. Dans toutes les observations que nous avons réunies, nous retrouvons toujours ces lésions soit isolées, soit associées. Elles sont parfois légères, à peine marquées, mais elles n'existent pas moins et suffisent grandement à expliquer la douleur et l'hématurie. Quelles sont les causes qui favorisent la production de ces lésions ? Elles sont de nature *infectieuse, toxique, dyscrasique et mécanique*.

1° Causes infectieuses. — L'infection a été notée dans plusieurs cas, et chez quelques-uns de ses malades, Rovsing a constaté la septicité des urines. L'origine infectieuse dans la production de ces lésions chroniques du rein et de sa capsule, ne nous étonne pas, car nous savons que « la néphrite est le résultat de l'action sur le rein de poisons microbiens ou toxiques qui, selon leur intensité et leur mode d'action, produisent toute une série de lésions très variables, consistant en dégénérescence épithéliale, dilatation vasculaire et afflux leucocytaire, prolifération du tissu conjonctif qui peut s'organiser ultérieurement en tissu de sclérose ». Les microbes peuvent agir non seulement par leurs toxines, mais par leur présence dans le parenchyme rénal, pour provoquer non pas, comme on pourrait le croire, des lésions suppuratives de pyélonéphrite, mais des lésions chroniques de sclérose rénale et de périnéphrite du voisinage.

Dans leurs expériences, Charcot et Gombault avaient vu la sclérose succéder à l'inflammation du rein, sans qu'il y ait eu de formation de pus. M. Albarran a montré, dans sa thèse, que les organismes, en arrivant au rein, produisaient, suivant leur virulence : la sclérose simple avec foyers embryonnaires sans suppuration ou la néphrite suppurée. Il a montré qu'expérimentalement, même avec des cultures pures, on pouvait

observer des résultats semblables : pour les produire à coup sûr, il faudrait une connaissance plus exacte de la virulence du micro-organisme. « Il n'y a rien, dit-il, qui doive nous choquer dans cette idée de sclérose microbienne. Ne voit-on pas du tissu fibreux dans les vieux tubercules anatomiques ? N'en existe-t-il pas dans le rhino-sclérome, dans les tubercules bacillaires fibreux, et ces lésions ne sont-elles pas admises comme le produit de l'action des microbes ? Pourquoi ne pas admettre que des lésions analogues succèdent à des causes du même ordre quand il s'agit du même tissu conjonctif ? » Aussi il s'explique l'existence des foyers embryonnaires que l'on trouve dans ces reins par la présence des microbes et des lésions peu marquées du voisinage par une irritation légère due à leurs toxines. « *Les foyers embryonnaires de la sclérose ne sont que des abcès avortés ; les phagocytes ont détruit les microbes et le tissu embryonnaire peut s'organiser en tissu adulte.* »

Ces idées émises déjà en 1889, par notre maître, se trouvent confirmées par les observations des six malades de Rovsing que nous reproduisons. Dans l'observation n° 46, le malade souffrait dans la région lombaire gauche depuis plusieurs années. Depuis six mois, les mictions étaient fréquentes et douloureuses et contenaient des staphylocoques. A l'opération, on trouva un tissu rénal grisâtre et lardacé qui était le siège d'une néphrite diffuse parenchymateuse et ne présentait pas d'abcès sur les lèvres de l'incision.

La malade de l'observation 47 avait eu une hématurie depuis deux ans et souffrait de temps en temps de douleurs très vives localisées dans la région rénale droite. Les urines contenaient une quantité notable de colibacilles et à l'opération on trouva des lésions très marquées de périnéphrite scléreuse. Un morceau de parenchyme fut prélevé et le microscope y décela des lésions de néphrite avec un certain nombre de colibacilles à l'intérieur des tubes droits.

Dans l'observation n° 48, il est dit que le malade avait souffert, pendant deux ans, de douleurs dans la région rénale

droite. Dans les urines existaient des staphylocoques. On trouva, à l'opération, le pôle inférieur du rein œdédié et enveloppé dans des adhérences fibreuses.

Le malade de l'observation n° 49, à la suite d'une blennorragie, se mit à souffrir des reins pendant quatre ans. Les urines contiennent des colibacilles et des staphylocoques mais pas de gonocoques. L'opération fait découvrir une périnéphrite bilatérale qui nécessite une libération sous-capsulaire. Le rein est petit, mais il ne contient ni abcès, ni calculs.

Dans l'observation n° 50, il s'agissait d'un malade qui avait contracté une blennorragie à l'âge de vingt ans et qui n'en avait jamais guéri. Depuis quinze ans, il constatait que son jet d'urine diminuait et il éprouvait en même temps des douleurs localisées surtout dans la région lombaire gauche, mais parfois à droite. Ces crises douloureuses se terminaient par l'émission de petits calculs. Les urines contenaient des streptocoques et des cellules de pus. A l'opération, on trouva une grosse périnéphrite fibreuse gauche avec un rein atrophié. Chez ce malade, il est évident que les crises douloureuses n'étaient pas dues seulement à sa néphrite et à sa périnéphrite, mais en grande partie à la migration de ses calculs, puisqu'il est dit que l'émission des calculs faisait cesser les douleurs. Si nous reproduisons cette observation, c'est uniquement pour montrer que malgré la septicité des urines, le rein ne contenait pas d'abcès.

Enfin, chez la malade de l'observation n° 51, les douleurs rénales se localisaient tantôt à gauche, tantôt à droite. Les urines étaient troubles, contenaient de l'albumine, des cellules de pus et une grande quantité de colibacilles. Le rein droit paraissait néanmoins normal à la coupe et l'on constatait seulement des lésions très prononcées de périnéphrite.

Voici donc une série de six malades, où les urines quoique septiques, les reins ne présentaient que des lésions de néphrite et périnéphrite chronique. Chez cinq de ces malades, les douleurs étaient uniquement dues à leurs lésions rénales ou péri-rénales. La septicité des urines provenait bien du rein et non

de la vessie, puisque c'est sur l'urine recueillie aseptiquement par le cathétérisme urétéral que l'on procédait à l'examen bactériologique. Sur ces six malades, deux fois on trouve des cultures pures de staphylocoques deux fois des colibacilles, une fois des streptocoques, et une fois seulement des staphylocoques associés à des colibacilles. Il est intéressant de noter que jamais on ne constata de gonocoques et chez les malades des n^{os} 49, 50, alors que l'on aurait pu croire à une néphrite gonococcique, on trouva chez l'un du colibacille associé à du staphylocoque, et chez l'autre du streptocoque.

La conséquence naturelle de ces faits, d'après Rovsing, est que les néphrites infectieuses chroniques et hémalogènes sont très peu connues au point de vue de leurs aspects anatomo-pathologiques. Il est nécessaire de faire de nouvelles recherches et des études soigneuses d'observation. Il est plus que probable que celles-ci mettront en évidence des faits surprenants et très importants qui modifieront essentiellement notre manière de voir et apporteront la clarté nécessaire à nos connaissances chaotiques relatives aux néphrites. Il conclut en disant que l'on peut avoir des néphrites chroniques douloureuses, de nature infectieuse, qui peuvent avoir de grandes ressemblances, tant cliniques, qu'anatomiques, avec les néphrites aseptiques (gros rein blanc, rein atrophié, etc...) très bien connues par les médecins.

Ces néphrites et périnéphrites chroniques douloureuses, d'origine infectieuse, peuvent, d'après Pousson, Rovsing, Hoëber, Debaisieux, survenir à la suite d'une infection grip-pale, typhique ou colibacillaire quelconque. C'est ainsi que dans l'observation n^o 54, il est dit que le malade avait eu une fièvre typhoïde, il y a huit ans, qui l'avait tenu au lit pendant un mois. A la suite de sa convalescence, il s'était trouvé très bien pendant quatre semaines, quand il eut tout à coup, sans cause, de vives douleurs dans la région rénale droite.

Le paludisme a été noté plusieurs fois dans les antécédents des malades. D'ailleurs Kelsch et Kiener ont montré que le paludisme pouvait donner naissance à toutes les variétés de

néphrite, depuis les gros reins jusqu'aux petits reins rouges granuleux. Un malade de Kirkam, ingénieur de Panama, qui avait eu, à plusieurs reprises, des attaques de fièvre intermittente, fut pris tout à coup de douleurs vives dans le rein droit qui survenaient par crises et se terminaient par une transpiration abondante. Le malade de Harrisson avait fait trente-deux ans de service dans les Indes. Il avait eu quelques attaques de fièvre paludéenne un ou deux mois avant l'apparition de crises douloureuses localisées dans les flancs et les lombes. On retrouve aussi dans les antécédents de l'un des malades de M. Albarran plusieurs accès de fièvre paludéenne.

Après le paludisme, c'est le rhumatisme qui, parmi les causes infectieuses, a été invoqué le plus souvent. Cependant, d'après les classiques, le rhumatisme articulaire aigu provoque surtout de l'albuminurie passagère, et il est assez rare que l'on constate à sa suite une néphrite subaiguë ou chronique. Un malade d'Anderson, après une attaque du rhumatisme, ressentit une douleur subite et aiguë dans la région lombaire gauche qui dura trois heures et se reproduisit avec une intensité excessive depuis douze ans. Israël signale le cas d'un homme qui, il y a quatre ans, au cours d'une attaque de rhumatisme, eut une hématurie qui se répéta presque toute l'année à chaque miction. Depuis, les hématuries se sont reproduites à diverses reprises avec des douleurs très vives localisées dans le rein gauche.

2° Causes toxiques. — Les *intoxications* ont été signalées dans les antécédents des malades atteints de néphrite et péri-néphrite chroniques douloureuses. Ertzbischoff rapporte le cas d'une infirmière qui avait été soignée à l'Hôpital des Enfants-Malades pour du psoriasis à la suite d'un badigeonnage de tout le corps fait avec de l'acide chrysophanique et du pétrole, il survint, dès le lendemain, une anurie complète qui dura soixante-trois heures. En même temps, elle éprouva de fortes douleurs abdominales et lombaires qui persistèrent trois mois et se reproduisirent pendant sept ans, jusqu'au jour de l'opération.

C'est dans cet ordre de causes que nous rangeons l'influence du froid relatée dans plusieurs observations, car, comme le dit M. Chauffard, résumant les travaux de M. Castets : « Derrière cette notion physique du refroidissement, l'expérimentation décele, en réalité, un processus d'auto-intoxication et d'auto-infection. Il agit probablement en restreignant la circulation sanguine du rein et si cette action se répète, il finit par s'établir des lésions de néphrite chronique, ou bien, chez un individu déjà atteint de néphrite chronique, il provoque une poussée aiguë, congestive qui se traduit par des crises douloureuses.

Le malade de Mignot, après avoir été mouillé une grande partie de la journée, commença à éprouver des douleurs excessivement vives dans la région lombo-dorsale gauche. Un autre de Harriison, qui passait son temps à travailler sous terre, avait des hématuries avec des coliques dans la région rénale droite.

Rovsing aussi signale l'apparition de néphralgie après un séjour à la campagne dans un endroit très humide. Enfin, le froid provoqua des douleurs dans la région lombaire gauche et des hématuries très abondantes chez un malade de Foisy qui, depuis trois ans, souffrait de céphalée, d'essoufflement, d'œdème fugace des malléoles.

3^e **Causes dyscrasiques.** — L'influence de la goutte est incontestable. Nous la classons parmi les causes d'ordre dyscrasique, car ce qui domine dans l'évolution de la néphrite goutteuse, c'est la présence et l'élimination, au niveau des reins, de sable urique, de graviers uriques et oxaliques. Ils se déposent parfois dans l'appareil excréteur, tubes droits, mammelons, papilles, calices, surtout dans la région des pyramides, soit à l'intérieur des tubes urinifères, soit extérieurement dans le tissu conjonctif. D'ailleurs, le développement de lésions inflammatoires aseptiques au sein du tissu rénal, en dehors de la présence de toutes concrétions, est aujourd'hui bien connue. Elles résultent de l'irritation des éléments anatomiques par les sels uriques ou oxaliques, et sans doute aussi

d'autres produits éliminés par le rein au cours de la dyscrasie. L'irritation du rein se propage à sa capsule et donne lieu à des lésions de périnéphrite.

Un enfant de neuf ans, que soignait Barker, avait des paroxysmes douloureux dans la région lombaire. Les urines étaient acides et contenaient de l'oxalate de chaux à l'état de cristaux.

Whiple signale le cas d'un malade qui souffrait, depuis six ans, de douleurs dans le flanc droit, survenant par crises et s'accompagnant d'urines acides qui contenaient des traces d'albumine avec des cristaux d'oxalate de chaux.

Abbe rapporte le cas d'un homme qui souffrait continuellement de douleurs néphrétiques accompagnées d'hématuries. Depuis deux ans, ces douleurs étaient devenues intolérables. Il trouva, à l'opération, l'extrémité d'une pyramide tapissée d'une légère couche sablonneuse qui fut grattée et le malade guérit. Le professeur Albarran (1) a signalé un cas analogue au précédent et a montré la possibilité de l'existence d'hématuries lithiasiques, sans calculs du rein, l'hémorragie était due à l'incrustation des pyramides de Malpighi : un homme qu'il opéra avait la pointe de deux pyramides incrustée de sel. Il gratta avec les doigts les papilles et le malade, depuis quinze ans, reste guéri.

L'influence de la lithiase rénale sur l'évolution de la néphrite chronique douloureuse a été notée trois fois par M. Le Dentu. Un de ses malades avait eu des crises de gravelle pendant deux ans. Elles avaient cessé neuf ans et réapparurent pendant six ans. Il y avait huit mois que le malade n'avait pas eu de crises de gravelle, quand il vint le consulter pour des douleurs lombaires qui n'avaient pas cessé de le torturer. L'opération montra qu'il s'agissait d'une néphrite localisée.

Le second avait subi une néphrectomie gauche pour calcul, quand, six mois après, il se mit à souffrir du rein droit par

(1) ALBARRAN, *Annales des maladies des org. génito-urin.*, 1^{er} mai 1909.

néphrite, sans calcul. Enfin chez le dernier, qui rendait du sable urique à la suite de douleurs très vives, depuis plusieurs années, à l'opération, l'aiguille exploratrice rencontra quelques petites concrétions très fines à l'intérieur du rein, qui furent rendues dix jours après.

Chez trois malades qui se plaignaient de vives douleurs dans la région lombaire, Pousson trouve dans les antécédents de l'un, l'expulsion de deux petits graviers uriques, les deux autres avaient des urines qui contenaient des cristaux d'oxalate de chaux chez l'un et d'acide urique en assez forte proportion chez l'autre. Il ne trouva chez eux que des lésions de néphrite ou de périnéphrite sans calcul.

Rovsing constata les mêmes lésions, chez deux de ses malades qui souffraient de la région rénale : l'un expulsait une fine gravelle rouge, l'autre rendait des concrétions dont la grosseur variait d'une tête d'épingle à un grain de café. Il ne doute pas que l'acide urique, dont les propriétés inflammatoires sont bien connues, ne provoque lui-même des néphrites interstitielles sclérosantes et une périnéphrite fibreuse, et que par conséquent le mal provient du rein. Mais il est aussi certain que la capsule fibreuse atrophiée, ramène secondairement le rein dans une situation précaire, en l'étranglant, ce qui peut gêner la circulation et provoquer une stase et une dégénérescence des éléments du rein.

Certains auteurs, comme Péan, Newman, Boursier ont attribué les douleurs plus spécialement à l'oxalurie.

Pavy et Greenhow mettent les douleurs et les hématuries paroxystiques qui les accompagnent sous l'influence de la formation dans les canalicules urinifères ou les tubes de Bellini, d'infarctus d'oxalate de chaux qui revêtent la forme de ces canalicules et déterminent une irritation.

Boursier (1), de Contrexéville, est très incliné à croire que les névralgies rénales ne seraient pas autre chose que de l'oxalu-

(1) BOURSIER (de Contrexéville), *IV^e session de l'Assoc. franç. d'urologie*, Paris, 1899, p. 409.

rie se manifestant seulement par des douleurs névralgiques, car l'examen microscopique des urines décèle la présence de cristaux d'oxalate de chaux. Pour lui, la névralgie, ainsi que l'hématurie, pourraient être le seul symptôme de l'oxalurie.

Enfin, Desnos, dans les douleurs rénales qui surviennent parfois chez les gouteux, a noté de l'acidité des urines. Les douleurs et les hématuries qui les accompagnent offrent toutes un caractère commun, c'est de n'apparaître que pendant une recrudescence d'acidité de l'urine, et même, le plus souvent, pendant que celle-ci tient en suspension des cristaux d'acide urique et surtout d'acide oxalique. Ailleurs, c'est quelque temps après que l'acidité augmente et après un intervalle qui varie de quelques heures à quelques jours, on trouve dans les urines une débâcle d'acide urique, sous forme pulvérulente et sous l'apparence d'urine lactescente.

D'après Perez et Boursier, les lésions inflammatoires du rein se produiraient secondairement par suite de cet excès d'acide urique qui provoque d'abord de la congestion et de la douleur et ensuite de l'inflammation qui intéresse le parenchyme rénal et produit de l'albumine.

Comme on le sait, la lithiase rénale, sans formation de calcul, joue un grand rôle dans l'apparition de ces douleurs, et l'hypothèse de Perez et des autres qui les attribuent à l'incrustation des tubes urinifères, n'est pas en contradiction, comme nous le verrons, avec celle d'Israël ni avec celle de Rovsing. On peut dire qu'elle concilie et complète ces deux théories : la diathèse urique, en produisant des concrétions dans les canalicules, serait la cause de l'altération parenchymateuse du rein qui a attiré l'attention d'Israël, et des adhérences périrénales, sur lesquelles insiste Rovsing.

4^e Causes mécaniques. — Le rein mobile peut être la cause des néphrites et périnéphrites chroniques douloureuses. On sait que la douleur éprouvée par les malades peut aller de la simple gêne, jusqu'à la douleur presque constante qui simule de véritables crises de coliques néphrétiques avec des irradiations diverses. Leur interprétation a été très variable. On a invoqué

le tiraillement des plexus nerveux, le péritonisme, la coudure des vaisseaux et la congestion consécutive de l'organe. La coudure ou la compression de l'uretère paraissent être à M. Albarran, en dehors de toute hydronéphrose consécutive, la cause la plus fréquente des douleurs du rein mobile. L'existence ou l'absence de ces coudures uretérales expliqueraient les cas dans lesquels certains reins mobiles sont très douloureux, alors que dans d'autres cas, ils sont tout à fait indolents.

Mais, sans parler des grandes mobilités rénales où ces différents mécanismes suffisent à expliquer la douleur, il est des cas où avec une mobilité à peine sensible, le patient n'éprouve pas moins de vives souffrances. Ces faits n'avaient pas échappé à l'attention d'observateurs comme MM. Potain et Albarran qui avaient alors trouvé de la périnéphrite fibreuse et le rein fixé en antéversion ou plus rarement en rétroversion. Nous croyons que dans ces cas de faible déplacement, les troubles constants de la circulation et le léger degré de rétention favorisent le développement de la néphrite et de la périnéphrite chronique consécutives. Dès 1898, M. Albarran attirait l'attention sur les hématuries dans les reins mobiles et réunissait sept observations. Son élève, Gautier, publiait dans sa thèse quatre nouvelles observations recueillies dans son service. Ses expériences avec M. Guyon lui ont montré que des petits accès de rétention pouvaient donner lieu à une hématurie et que, dans certains cas, il suffisait de réduire le rein ptosé pour voir disparaître les hématuries. Une malade de Cabot, atteint de rein mobile présentait des hématuries lorsqu'elle se levait de son lit, qui disparaissaient, dès qu'on lui réduisait son rein. « Voici donc, dit-il, par suite de ces petits accès de rétention rénale, une première explication de ces hémorragies du rein mobile. Mais une autre cause est, au moins aussi importante, c'est l'existence constante des lésions de néphrite ; dans les reins ptosés, vous verrez, en effet, l'hématurie se présenter en grande abondance, lorsque ces phénomènes de néphrite existent d'une manière persistante ; or, depuis des années, j'ai

montré qu'il n'est pas de reins mobiles qui ne présentent de ces lésions (1). »

Ainsi la néphrite, dans les reins mobiles, est constante. Schilling dit qu'elle existerait dans 14 0/0 des cas. Lawson Tait prétend qu'on ne rencontre jamais de rein mobile sain. Pour MM. Dieulafoy et Lépine, le rein mobile se trouve prédisposé au processus de néphrite. Dans ses recherches, Ertzbischoff a montré, par des examens sur tous les malades opérés dans le service de M. Albarran, qu'il n'est pas de rein mobile qui ne présente de lésions de néphrite, alors même qu'il n'existerait ni albumine ni cylindres dans les urines. D'autre part, il signale des albuminuries compliquant des reins mobiles, sur la pathogénie desquelles on n'est pas encore fixé : telles les néphrites orthostatiques avec mobilité rénale. « Bien plus souvent, dit-il, la capsule adipeuse est plus épaisse qu'à l'état normal et adhère plus ou moins fortement à la capsule propre. Peut-être même faudrait-il voir dans ces adhérences externes une cause des douleurs. » Sans être tenté, comme lui, d'attribuer dans tous les cas, la douleur à ces adhérences, nous pensons que dans les cas où la mobilité est à peine sensible, et où elle suffit à provoquer de la néphrite et de la péri-néphrite, les crises douloureuses ne peuvent s'expliquer que par l'existence de ces lésions.

En 1886, M. Le Dentu, dans son *Traité des maladies des reins*, écrivait : « Il y aura lieu plus tard d'étudier la nature des douleurs dont certains reins mobiles sont souvent le siège et de rechercher si elles se rattachent toujours à une modification de l'état anatomique de l'organe déplacé. J'admets que le rein puisse être douloureux dans tous les cas, mais rien ne prouve que la douleur soit essentielle, névralgique. Elle peut être due à une lésion matérielle, hyperémie, inflammation, et alors elle ne mérite plus le nom de néphralgie essentielle. »

Une malade de M. Guyon avait des hématuries d'abord pendant un an et ensuite des hématuries avec des crises doulou-

(1) ALBARRAN, *Annales des maladies des org. génito-urin*, 1^{er} mai 1909.

reuses. Son rein droit était légèrement mobile. A l'opération, on constate de la périnéphrite localisée surtout au pôle supérieur. La fixation entraîna la guérison.

Une autre malade de José Gentil présentait des œdèmes malléolaires et palpébraux, des céphalées, des crises de vomissement et des douleurs dans la région rénale droite survenant par crises. Le rein droit est légèrement mobile, et dans l'urine de ce rein, on constate des traces d'albumine, et des cylindres hyalins et granuleux. La fixation suffit à faire disparaître tous ces troubles.

Ertzbischoff rapporte le cas d'une femme qui, depuis dix ans, éprouvait de vives douleurs dans la région lombaire droite. Les hématuries surviennent ensuite et l'examen montre que le rein droit est mobile et que ses urines, recueillies par le cathétérisme urétéral contiennent 0 gr. 45 d'albumine. M. Albarran l'opère, trouve des adhérences périrénales lâches et fixe le rein par son procédé. L'état général s'améliore et les douleurs diminuent d'intensité.

Enfin, une jeune femme, soignée par M. Albarran, éprouve des douleurs très vives dans le côté droit des hanches et présente de l'albumine dans les urines, avec rein légèrement mobile. A l'opération, il trouve de la périnéphrite. Il libère le rein, le fixe, et les douleurs disparaissent. A son sujet, M. Albarran ajoute : « Ce qui domine chez cette femme, ce sont les douleurs indépendantes de toute rétention rénale et bien plutôt attribuées à des lésions de périnéphrite avec adhérence. Les adhérences peuvent exister en dépit de la mobilité rénale ; ce qui semble indiquer que cette cause de douleur est bien en jeu, ce sont les souffrances accusées par la malade, quand elle se couche du côté opposé. Des tiraillements se produisent et les douleurs s'exagèrent de ce fait. »

Les différentes lésions rénales qui peuvent succéder à un traumatisme du rein sont aujourd'hui bien connues, surtout depuis les travaux de M. Tuffier. Par contre, les suites lointaines de ces contusions rénales, périnéphrites et néphrites, *à prédominance rarement épithéliale*, disent Simonin et Tanton,

plus souvent interstitielle, analogues à celles que provoque l'artério-sclérose, sont à peine mentionnées par les classiques. Pourtant elles ont été signalées par plusieurs auteurs et elles peuvent revêtir la forme douloureuse. Dans une étude clinique et expérimentale sur les néphrites traumatiques, Giovanni Romanelli a constaté que, chez les animaux, dont les reins avaient été traumatisés, trois ou sept mois auparavant, l'épreuve du bleu de méthylène et de la phloridzine montraient une altération du parenchyme rénal : l'élimination du bleu, chez ces animaux, était retardée et peu intense, la glycosurie n'existait pas. D'après lui, la diminution de la valeur fonctionnelle de l'organe serait due à la cicatrice rénale, sans inflammation chronique, parenchymateuse ou interstitielle de l'organe lésé. Cette opinion peut être vraie dans certains cas. Un des malades de Simonin et Tanton qui avait reçu dans l'hypochondre droit un violent coup de genou, et qui présentait une diminution de la valeur fonctionnelle du rein de ce côté, ne devait avoir, d'après ces auteurs, bien que la preuve histologique n'ait pu être faite, qu'une simple cicatrice rénale, sans lésion inflammatoire. Pourtant, pour expliquer les douleurs, dont se plaignent si souvent les anciens traumatisés de la région rénale, ces mêmes auteurs ajoutent : « Il peut s'agir d'une cicatrice de périnéphrite adhésive, ou encore d'une véritable névrite par propagation de la réaction inflammatoire développée au niveau du rein et de sa capsule. D'ailleurs, même en l'absence des lésions périrénales, la cicatrice rénale peut expliquer à elle seule les phénomènes douloureux à distance. »

Leur second malade avait eu une contusion du rein gauche par coup de pied de cheval. Il avait eu des hématuries et, cinq mois après, il avait encore des crises douloureuses dans la région lombaire gauche qui augmentaient pendant la marche et le forçaient à s'aliter et à user de la morphine. Les urines contiennent des traces d'albumine, des cristaux d'acide urique et d'urate de soude, des globules rouges, des lymphocytes en faible quantité, et une fois, on a constaté la présence de quel-

ques cylindres granuleux. Ils pensèrent, dans ce cas, à une néphrite post-traumatique parcellaire et les paroxysmes douloureux paraissaient, d'après eux, trouver leur explication dans la diathèse urique constatée. Ces deux observations très intéressantes au point de vue des conséquences médico-légales, en cas de traumatisme rénal ancien, que font ressortir les auteurs, n'ont malheureusement pas pu fournir des preuves anatomiques sur la nature de la lésion, puisque ces malades n'ont pas été opérés.

Il n'en est pas de même des observations suivantes. La malade de Folet, citée par Lambret, en descendant un escalier, avait glissé de telle façon que la partie qui correspond à l'espace intercosto-iliaque avait porté sur le rebord d'une marche. La malade ressent une vive douleur dans cette région qui disparaît ensuite. Dix mois après, elle est reprise de crises douloureuses si aiguës que l'opération est pratiquée. On trouve la glande dure, la capsule propre remarquablement épaissie et fibreuse et d'une épaisseur de 4 à 5 millimètres. On l'incise et les douleurs disparaissent complètement après l'opération.

Une malade de Nimier, à la suite d'un traumatisme datant de quatre ans et portant sur la région antérieure gauche de l'abdomen, présente depuis des douleurs et des hématuries intermittentes. Le rein enlevé présentait des lésions de néphrite partielle.

Le malade de Pousson souffrait de crises douloureuses très intenses au niveau du flanc gauche, dues à des lésions de néphrite constatées pendant l'opération. Dans ses antécédents, on retrouvait l'histoire d'une chute, qu'il avait faite, d'une hauteur de six mètres, et qui avait fracturé trois côtes du côté gauche.

A la suite d'une chute, faite deux ans auparavant, la région lombaire portant sur le dossier d'un lit, ma malade se mit à souffrir d'abord de la fosse lombaire droite, puis de la gauche. Les douleurs deviennent tellement intolérables que M. Lenormant décide l'intervention. Il trouve une périnéphrite fibro-

lipomateuse très accentuée et le rein lui-même paraît sain.

Enfin le cas signalé par Rovsing est des plus intéressants. Il s'agit d'une jeune femme qui présentait des douleurs rénales droites avec hématuries abondantes et persistantes. A l'opération il constata que le pôle supérieur du rein était comprimé par le corset contre la douzième côte qui avait laissé un sillon sur le rein. La partie supérieure du rein était tuméfiée, bleu rougeâtre et emprisonnée dans d'épaisses adhérences fibreuses. L'examen histologique montra des lésions de néphrite localisées à la partie où s'exerçait la compression. A ce propos, l'auteur ajoute qu'un tel cas, présentant des modifications aussi intenses du rein, est jusqu'ici unique dans son genre, mais il incline à penser que des degrés plus faibles de telles modifications, en rapport avec une compression de ce genre, sont très fréquentes et expliquent les douleurs de la région rénale chez les femmes qui se serrent beaucoup. Le plus souvent, on croit avoir affaire à un rein mobile et on est tout surpris de le trouver à sa place. Il est évident, dit-il, que le rein fuit devant la compression du corset, mais s'il est très fortement fixé, il se trouve alors exposé à un traumatisme continu.

Parmi les causes d'origine mécanique, il est toute une série de points qui méritent une mention spéciale : ce sont les cas où la genèse de la néphrite peut être mise sur le compte d'une lésion utéro-annexielle. La néphrite au cours de la grossesse est bien connue. A la quatrième session française d'urologie, Malherbe et Legueu disaient que les lésions de néphrite jouaient un rôle dans les hématuries de la grossesse, et MM. Guyon et Albarran se demandaient si la cause qui déterminait les lésions rénales de néphrite, n'était pas elle-même capable de déterminer ou de favoriser l'hématurie. La stase sanguine dans le rein favorise les hématuries et les néphralgies pendant la grossesse, mais cette cause toute mécanique qui peut être invoquée dans les derniers mois de la grossesse, ne suffit plus à expliquer ces troubles au quatrième et au cinquième mois. Aussi, ces auteurs se demandent s'il ne faut pas invoquer la compression de

l'uretère qui donne lieu à une rétention rénale et la preuve en est par la modification du jet urétéral. De fait, si on se rappelle les rapports de l'uretère avec les organes génitaux internes de la femme dans son trajet pelvien, on ne sera pas surpris du retentissement que les inflammations unilatérales des annexes et du tissu cellulaire du petit bassin peuvent avoir sur le rein. D'après Pousson et Mouisset, de Lyon, la grande fréquence de l'unilatéralité de la néphrite chronique chez la femme, qu'Edebohls a rencontrée, ne reconnaît sans doute pas d'autre cause.

La malade d'Israël, à la suite de sept grossesses, présente des symptômes de métro-ovarite, ensuite un processus néphrétique douloureux, dû, d'après lui, à une localisation métastatique de la paramérite.

Une malade de Mac Lane Tiffany eut un abcès du petit bassin qui s'ouvrit dans le vagin et donna du pus pendant deux mois. Elle ressentit ensuite des douleurs très intenses dans la région lombaire droite avec des signes de néphrite.

Une jeune femme de 30 ans entre dans le service du Professeur Albarran pour des douleurs sourdes, continues, dans la région lombaire droite. Les accidents ont éclaté quelques mois après une couche faite il y a plusieurs années. A l'opération, on trouve des lésions de périnéphrite chronique avec adhérences.

Pousson rapporte l'observation de deux malades dont les signes de néphrite douloureuse apparurent à la suite des lésions utéro-annexielles. Trois mois après une hystérectomie pour fibrome, l'une présenta des hématuries et les douleurs rénales survinrent ensuite ; l'autre, quelque temps après des accidents pelviens qui nécessitèrent une double ovariectomie, éprouva des douleurs localisées dans la région lombaire droite, puis bilatérales et présenta des symptômes de néphrite.

Une malade de Sorel présenta des signes de néphrite douloureuse quelques jours après une laparotomie faite pour ovarite.

Broca signale le cas d'une malade qui nourrit pendant dix-neuf mois, sans accident, mais un mois après le sevrage, elle eut pour la première fois une hématurie et éprouva des douleurs vives de néphrite dans la région lombaire et dans l'hypochondre à droite.

Bloch eut une malade qui subit l'opération d'Emmet pour métrite et qui souffrit par la suite de crises douloureuses très intenses dues à de la néphrite.

Enfin une malade de MM. Guyon et Albarran commence à souffrir de douleurs rénales au septième mois de sa grossesse et présente des hématuries qui disparaissent avec l'accouchement.

Comme on le voit, l'influence des lésions utéro-annexielles dans l'évolution de la néphrite chronique douloureuse est incontestable. Nombreuses sont donc les causes qui peuvent déterminer l'apparition de cette forme si spéciale de néphrite et de périnéphrite que nous étudions, mais parmi elles, les plus fréquentes sont, sans contredit, la lithiase rénale que certains auteurs auraient même toujours rencontrée au début ou dans le cours de la maladie, le traumatisme et un certain degré de mobilité rénale.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'entreprendre l'étude anatomique de ces néphrites douloureuses, il est nécessaire de s'entendre sur la définition du mot « brightisme », car comme le fait remarquer Pousson, si on admet que toute néphrite chronique rentre dans la maladie de Bright et que maladie de Bright et néphrite chronique sont synonymes, on pourra conclure que la douleur rénale peut, dans certains cas, l'emporter sur tous les autres symptômes des manifestations cliniques de cette affection. D'autre part, si la douleur peut apparaître chez des brightiques, une des particularités de la néphrite douloureuse est, comme on le verra, d'être quelquefois une néphrite unilatérale et même parcellaire. Aussi, dans sa préface sur la chirurgie des néphrites de Pousson, le professeur Dieulafoy n'applique le terme de mal de Bright qu'aux néphrites bilatérales : *« L'un des deux reins peut être pris moins que l'autre ou avant l'autre, mais c'est quand les deux reins sont atteints de néphrite chronique que le mal de Bright est constitué, avec toutes ses conséquences. La présence de l'albumine et des cylindres dans l'urine ne suffit pas pour motiver le diagnostic de mal de Bright. On peut avoir pendant longtemps de l'albumine et des cylindres alors qu'un seul rein est atteint de néphrite chronique. Mais si l'autre rein est indemne, la dépurat ion urinaire est suffisamment assurée pour qu'on n'ait pas à redouter les accidents brightiques et l'urémie, ce n'est pas là du mal de Bright au vrai sens du mot. »*

Mais, tout en étant doubles, les lésions de néphrite peuvent se localiser seulement à une partie du rein, et permettre dès

lors suffisamment la dépuration urinaire pour qu'on n'ait pas à redouter les accidents brightiques et l'urémie. La bilatéralité des lésions anatomiques ne suffit donc pas à définir le terme de mal de Bright que Graves et Semmola, Achard et Widai n'appliquent qu'aux inflammations du rein qui ne sont que la détermination sur cet organe d'une maladie dyscrasique, s'accompagnant de troubles et de lésions d'appareils, d'organes et des divers tissus. Dès lors, dans la variété de néphrite que nous étudions, à part la diathèse goutteuse, nous avons vu dans le chapitre précédent combien les nombreux facteurs étiologiques invoqués étaient différents de ceux que l'on rencontre ordinairement dans le mal de Bright. Dans les chapitres suivants, nous allons voir encore la différence s'accroître.

Aussi, Castaigne, réfutant les désignations anatomiques de parenchymateuse et interstitielle des néphrites, pense qu'il faut cesser de dénommer les affections rénales d'après leurs lésions, puisqu'une telle appellation ne répond pas à une vérité anatomique, et puisque c'est une source de confusion dans la description. « Il existe, d'une part, dit-il, une série de types anatomiques que l'on constate souvent à l'autopsie, d'autre part des types morbides que l'on voit fréquemment en clinique, mais il ne faudrait pas croire que telles lésions s'accompagnent toujours de tels ordres de symptômes, et c'est l'erreur que tendrait à propager la dénomination anatomique des néphrites. » Pour tous ces motifs, se basant uniquement sur la clinique, il divise les néphrites chroniques en hydropigène, urémigène, albumineuse. A sa classification, on pourrait ajouter la néphrite douloureuse, et la néphrite hématurique, car si les lésions anatomiques sont très variables, il est par contre un fait constant, c'est l'intensité plus ou moins grande de la douleur et de l'hématurie, isolées ou associées qui accompagnent toujours ces formes de néphrite chronique.

Périnéphrite. — La périnéphrite chronique s'observe dans de nombreux cas de néphrites douloureuses. Dans nos observations, nous la trouvons signalée trente-deux fois. Déjà en 1889,

M. Albarran (1) avait attiré l'attention, dans une communication à la Société de biologie, sur l'existence de deux variétés de périnéphrite chronique : l'une où la capsule propre est épaissie et confondue avec les portions les plus profondes de l'enveloppe graisseuse, la graisse est plus ferme qu'à l'état normal et les lamelles celluluses présentent un aspect fibreux ; l'autre où la graisse périrénale augmente dans des proportions énormes jusqu'à constituer un véritable lipome. Ces deux variétés peuvent se rencontrer dans les néphrites chroniques douloureuses, mais la seconde est beaucoup plus rare que la première. Ce n'est que dans les cas de Perez et de Finocchiaro où il est dit que la graisse périrénale était si abondante qu'elle formait un véritable lipome capsulaire. Par contre la périnéphrite fibro-adipeuse est pour ainsi dire la règle. La graisse est notablement augmentée de volume, mais elle a une consistance spéciale. Elle ne fuit pas sous les doigts, s'agglomère en petites masses homogènes, lisses, régulières qui présentent assez nettement comme consistance celle d'une boulette de mie de pain. Ces masses, de volume variable, ont une coloration grisâtre, s'écrasent sous les doigts et s'enlèvent assez facilement. Elles sont contenues dans des petites loges constituées par une série de cloisons fibreuses étendues des parois avoisinantes à la capsule propre du rein. Il suffit d'essayer d'énucléer la glande pour sentir sous les doigts ces cloisons qui se tendent, forment des brides, parfois de véritables cordages qui maintiennent le rein et empêchent de le sortir de sa loge. Leur épaisseur est parfois telle, leur résistance si grande et leur adhérence si forte, qu'on ne peut pas enlever le rein, sans déchirer non seulement sa capsule propre, mais son parenchyme. Aussi, est-on obligé de les couper aux ciseaux, de pratiquer une énucléation sous-capsulaire. Chez une malade de Finocchiaro, la capsule adipo-scléreuse était complètement transformée en une enveloppe fibreuse très épaisse.

(1) ALBARRAN, Note sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des périnéphrites de cause rénale. *Soc. de biologie*, séance du 29 juin 1889.

Ces lamelles fibreuses sont en général avasculaires, et c'est à peine si l'on voit quelques vaisseaux parcourir ces masses graisseuses. D'autres fois, la vascularisation est au contraire assez marquée et l'extirpation de cette capsule fibro-adipeuse s'accompagne d'un suintement sanguin persistant. La périnéphrite peut entourer complètement le rein. C'est ainsi que Patel et Cavaillon relatent un cas où, sur la capsule fibreuse, venait s'insérer une série de tractus vasculaires qu'on dut sectionner entre des pinces. Elle se développe principalement sur le bord convexe et la face postérieure de la glande. Quand on opère ces malades, il faut traverser quelquefois une couche scléro-adipeuse très épaisse avant d'atteindre le rein. Parfois ce processus inflammatoire est partiel et se localise de préférence aux pôles du rein, le plus souvent au supérieur. Il en résulte que la glande attirée et fixée fortement en un point de sa surface, peut présenter des variations dans sa direction. Chez une malade de Rovsing, le rein se trouvait dans une position oblique caractéristique. Son pôle supérieur se dirigeait vers la vertèbre et son bord convexe en avant et en haut, si bien qu'il paraissait faire un demi-tour de spire sur son pédicule. Il était soutenu dans cette position par le foie très remarquablement déformé, dont le sillon de la veine ombilicale se trouvait en rapport étroit avec le pôle supérieur du rein. La face antérieure du rein était très adhérente à la face inférieure du foie, si bien que, pour libérer l'organe, on a fait une déchirure de trois centimètres à la glande hépatique qu'on a dû suturer au catgut. Chez une malade de M. Albarran, le rein était si fortement adhérent au foie qu'il eut beaucoup de peine à le décortiquer. Il n'est pas rare que le rein soit adhérent au diaphragme. Une malade de Rovsing avait son rein gauche tout à fait en haut, sous le diaphragme enchassé dans des masses solides fibreuses avec lesquelles la membrane propre du rein était complètement soudée, de sorte qu'il fallut faire un débridement sous-capsulaire. Le plus souvent c'est en arrière, aux plans pariétaux, que les adhérences se font. C'était le cas dans l'observation rapportée par Patel et Cavaillon et chez une ma-

lade de Rovsing où la moitié supérieure du rein était fixée solidement par des adhérences fibreuses et fortement comprimée contre la onzième et la douzième côtes.

Comme l'indique son nom, cette périnéphrite scléro-adipeuse résulte de la transformation fibreuse du tissu conjonctif et d'une lipomatose qui, suivant les cas, se combinent dans des proportions variables. Au microscope, on note la formation du tissu conjonctif adulte entremêlé à de la graisse, et d'autant plus abondant qu'on se rapproche davantage du rein.

Capsule propre. — La capsule propre est non seulement adhérente à cette masse de périnéphrite, mais le plus souvent au parenchyme sous-jacent. Il en résulte que la décortication, dans ces cas, est difficile. Cette adhérence à la glande n'est pas partout la même, elle correspond aux endroits où les lésions de périnéphrite sont surtout accentuées. Ce qu'il y a de caractéristique et que l'on trouve signalé dans plusieurs observations, c'est l'épaississement de cette capsule. Elle atteignait une épaisseur de cinq à six millimètres chez la malade de Folet et elle était d'une consistance si ferme qu'elle criait sous la coupe du bistouri. C'était, suivant l'expression de l'auteur, une véritable pachycapsulite. L'épaississement n'est pas partout le même. En certains points, la capsule propre paraît déprimée et se trouve alors fortement fixée au parenchyme de la glande par le sommet de ces infundibula, en d'autres points elle est mince et comme distendue par la glande sous-jacente qui a tendance à faire hernie à travers les lèvres de son incision. Il n'est pas rare de constater sur sa surface des plaques laiteuses disséminées un peu partout ou de petites cicatrices. Elle présente quelquefois des cordons épaissis qui dessinent un élégant treillis, ou bien des bandes blanchâtres qui enserrant fortement le rein. Elle épouse toujours les irrégularités du rein sous-jacent, bosselures et méplats quand ils existent.

Rein. — Le rein peut garder son aspect normal, et même après la coupe, l'examen le plus minutieux ne permet de découvrir aucune lésion. La périnéphrite semble exister seule. Assez

rarement, bien que la déformation de l'organe ne soit pas accentuée, il est certains caractères qui n'échappent pas à l'observation.

On peut trouver un rein petit, scléreux, atrophie, revêtant l'aspect du rein brightique. Le fait a été constaté par Rovsing chez deux de ses malades où le rein était petit et rétracté.

Maurice Raynaud signale aussi que les reins de son malade étaient un peu petits, et dans une des observations de Pousson il est dit que le rein était légèrement plus petit que normalement. Ce sont là des cas exceptionnels, car presque tous les auteurs ont été frappés par l'énorme augmentation de volume de l'organe. Chez une malade de Pousson, il était si gros qu'on arrivait à l'extraire difficilement de sa loge. Cette augmentation de volume porte plus souvent dans le sens de la longueur. Le rein d'un malade de Rovsing avait une forme tout à fait particulière, il était long et étroit, et dans un cas de Le Dentu il atteignait une longueur de seize centimètres. Ertzbischoff signale, chez une de ses malades, un rein qui remontait à trois centimètres au-dessus de la dernière côte et descendait jusqu'à trois travers de doigt au-dessous d'elle. La glande est en général augmentée d'épaisseur et Rovsing est le seul à avoir trouvé un rein presque aussi large que long.

La surface est parfois lisse et régulière, mais il n'est pas rare d'y constater de larges taches à contours irréguliers, d'aspect graisseux. On trouve des plaques laiteuses disséminées sur la surface, des granulations ou des cicatrices blanchâtres, étoilées, déprimées, qui trahissent les lésions de néphrite sous-jacente. Sur la surface de la glande, on voit encore des petits kystes disséminés, des irrégularités dues à une inflammation diffuse et à un processus de rétraction. On peut voir de véritables bosselures que l'on crève par les manœuvres d'extraction et qui renferment un liquide limpide. Chez une malade de Le Dentu, le rein portait un certain nombre de kystes conglomérés, ayant des dimensions variables, depuis celles d'une noisette jusqu'à celles d'une noix. Ces kystes peuvent atteindre des proportions énormes et renfermer du

sang. Au milieu du bord convexe du rein d'une malade de Rovsing se trouvait une partie gonflée, fluctuante d'environ quatre centimètres de diamètre. L'incision fit tomber dans une cavité kystique remplie d'un liquide séro-sanguinolent compris entre le tissu rénal déprimé en forme de tasse et la membrane propre. A l'autopsie d'une malade de Thomas Oliver, la région lombaire droite était occupée par une tumeur de la grosseur d'une noix de coco, très adhérente aux intestins. En l'attirant, on vit qu'elle était composée uniquement de sang et qu'elle appartenait au rein qui était profondément altéré, uniquement par des lésions de néphrite chronique.

Les reins, dans les néphrites chroniques douloureuses, revêtent rarement l'aspect pâle et blafard. Ils sont colorés, foncés et tous les auteurs insistent sur la teinte violacée, brune et même noirâtre de leurs tissus.

A la coupe, ils apparaissent congestionnés, cyanosés et saignent abondamment. C'est un fait sur lequel M. Albarran a depuis longtemps attiré l'attention, l'abondance des hémorragies quand on incise ces reins atteints de néphrite. Dans presque toutes les observations que nous avons relevées, nous avons noté cette apparence congestive du rein et cet écoulement de sang noirâtre qui suit la néphrotomie. Dans un cas, Rovsing se trouvait en présence d'une hémorragie si abondante qu'il dut mettre deux claus sur le pédicule rénal. Cette apparence congestive se localise parfois à une partie du rein, à un de ses pôles, au point où les lésions sont le plus accentuées. A l'incision d'un rein, Rovsing vit une différence très nette d'aspect et de consistance entre le tissu du tiers supérieur du rein qui était rouge et bleuâtre intense et extrêmement mou, et celui des deux tiers inférieurs qui avaient une consistance et un aspect normaux.

La consistance de l'organe est aussi modifiée. Normale parfois, elle peut être si molle et si flasque qu'il est impossible de suturer la glande et que l'on est obligé de se borner à retenir par la capsule les bords de la plaie. Il est bien plus fré-

quent de rencontrer un tissu dur que l'on coupe difficilement. Le rein d'un des malades de Pousson était d'une consistance plus ferme que normalement et si résistante que les tissus, pressés entre les doigts, donnaient par leur dureté la sensation d'un calcul. Ces tissus incisés criaient sous le bistouri et leur résistance était telle qu'il semblait à un moment donné que la pointe se mettait en contact avec un gravier.

Le rein entr'ouvert, l'aspect des deux tranches peut ne rien déceler de malade à la vue. Le plus souvent on constate une coloration foncée du tissu, généralisée ou localisée seulement à certains points. Le rein présente l'aspect d'une néphrite à forme dite parenchymateuse ou interstitielle. Après hémostase, on peut voir que les substances corticales et médullaires ont gardé leur aspect physiologique et sont nettement distinctes. Elles sont parfois confondues et leurs limites peu nettes. La substance corticale peut être diminuée d'épaisseur, d'une façon prédominante en certains points où l'on voit des pyramides arriver presque au contact de la capsule.

Examen histologique. — L'examen histologique n'a pas été pratiqué dans tous les cas. Au début, alors que l'on croyait à de la névralgie essentielle, *sine malaria*, on se contentait de dire que le rein avait gardé son aspect normal. C'est lorsque l'attention a été attirée sur les néphrites que l'on a, de parti-pris, pratiqué des biopsies, au niveau des points suspects, pour procéder à l'examen histologique. Cet examen a été fait dans vingt-six cas et on a constaté rarement des lésions de néphrite épithéliale simple, bien plus souvent de la néphrite mixte. Dans vingt autres cas, par suite des symptômes cliniques et de l'examen macroscopique du rein, les auteurs concluent à de la néphrite chronique. Comme nous l'avons dit, presque toujours, tous les éléments constitutifs du rein sont altérés.

Glomérules. — Quand les lésions sont peu prononcées, les glomérules sont simplement dilatés et à cellules plates nombreuses. Les cellules de la capsule de Bowmann sont partiellement détachées, en partie détruites et tombent dans la cavité.

À l'intérieur de la capsule, on peut constater un petit extravasat sanguin. Les lésions plus avancées du glomérule s'accroissent par des degrés variables de sclérose qui vont depuis le simple épaissement de la capsule de Bowman et la présence de quelques tractus fibreux dans le bouquet glomérulaire, jusqu'à la transformation fibreuse complète de l'appareil glomérulaire. Les plus malades sont transformés en un bloc arrondi de tissu scléreux dans lequel le bouquet glomérulaire et la capsule sont confondus, et dans lequel on ne trouve que quelques cellules fixes à noyaux très allongés situés dans l'intervalle des fibres conjonctives. Dans ces glomérules, la circulation sanguine ne peut plus se faire. L'examen histologique du rein de la malade de Loumeau avait montré, en certains points, une capsule de Bowman fortement épaissie, adhérente sur une étendue variable au bouquet glomérulaire qui était diminué de volume et coupé par deux, trois, quatre travées conjonctives plus ou moins épaisses. Le plus souvent, la capsule était épaissie ; le bouquet glomérulaire, de volume normal, ne lui adhérait pas, mais présentait un léger état scléreux caractérisé par l'existence de fibrilles conjonctives séparant notablement les anses capillaires glomérulaires. Dans la lumière située entre le bouquet vasculaire et la paroi capsulaire, il existait presque toujours un exsudat plus ou moins abondant, formé de petites granulations irrégulières, colorées par l'éosine et quelques rares cellules détachées de la surface, soit du glomérule, soit de la capsule. Les cellules de revêtement du glomérule et de la capsule étaient souvent tuméfiées et saillantes, pourvues d'un noyau ovalaire. Quand on voit des lésions glomérulaires aussi prononcées que celles que nous venons de dire, on peut trouver peu de glomérules complètement sains ou au contraire un assez grand nombre qui sont peu ou pas altérés.

Tubes contournés. — Au milieu des tubes sains, on en voit qui présentent une dilatation de leur lumière. Ils sont altérés, plus ou moins en voie de desquamation. Dans les moins malades, les cellules sont en état de tuméfaction trouble, très

élargies, granuleuses et dissociées à certains endroits. Le revêtement épithélial subit la dégénérescence granulo-graisseuse. Les cellules forment parfois un anneau protoplasmique, fortement granuleux, sans limites cellulaires, de hauteur inégale, mais en général bien inférieure à la hauteur des cellules à bâtonnets normales, à surface interne excessivement irrégulière, avec ou sans désintégration de la partie interne de la cellule. Dans ces bandes protoplasmiques, on ne trouve souvent aucune trace de noyau, parfois un, deux, trois noyaux en chromatolyse, représentés par un amas de grains, plus ou moins mal colorés, parfois, enfin, quelques noyaux bien colorés. La lumière des tubes peut être remplie par des substances granuleuses provenant de la dégénérescence granulo-graisseuse et de l'abrasion des cellules, et par des cellules colloïdes arrondies, plus ou moins volumineuses. On peut y voir aussi des débris cellulaires et des cellules globuleuses sans caractères, à bâtonnets. Ailleurs, l'épithélium s'aplatit, change de caractère, devient cubique, clair, indifférent; les tubes se rétrécissent, si bien qu'ils arrivent à disparaître presque complètement, au milieu d'un tissu fibreux assez abondant infiltré de cellules. Dans le compte rendu de l'examen pratiqué par le professeur Cornil, dans le cas du malade de Péan, il est dit: « Les canalicules sont de volume généralement normal, cependant quelques-uns sont un peu dilatés. Ces derniers, qui sont disposés par petits îlots, contiennent dans leur lumière quelques cellules granuleuses sans noyaux et des boules hyalines. Dans les tubes non dilatés, il existe aussi très souvent des boules hyalines avec des fragments granuleux. Les cellules sécrétoires de ces canalicules contournés ne contiennent que rarement des granulations graisseuses fines. »

Branches de Henle et premiers tubes collecteurs. — Ils sont plus ou moins sains. En certains points, ils sont dilatés, leur épithélium est un peu aplati, et, de place en place, il peut manquer complètement. Là aussi, on peut trouver une tuméfaction trouble des épithéliums; les cellules sont abrasées et dans la lumière de ces tubes on voit des débris cellulaires et des cel-

lules globuleuses, sans caractères, avec parfois quelques globules sanguins.

Dans toute une série de ces tubes, les cellules sont parfois mal limitées, grenues et dégénérées souvent à un haut degré. Chez le malade de Loumeau, les branches ascendantes de Henle étaient moins altérées que les tubes contournés. On y trouvait des tubes à épithélium normal ou à peu près. Mais, dans la plupart d'entre eux, les cellules étaient en état de tuméfaction trouble avec un noyau encore bien conservé. Enfin dans un certain nombre, les cellules étaient en dégénérescence granulo-graisseuse, plus ou moins abrasées, dépourvues de limites, de façon à ne former qu'un anneau protoplasmique, sans noyaux ou avec quelques noyaux altérés. Dans les branches grêles de Henle et dans les premiers tubes collecteurs, les cellules épithéliales étaient gonflées et souvent en voie de desquamation intense.

Tissu conjonctif et vaisseaux. — Le rein peut être le siège d'une infiltration interstitielle de cellules rondes plus ou moins abondantes avec des globules rouges et des petits îlots de globules blancs. Le tissu conjonctif peut subir un développement exagéré. On peut trouver des traînées conjonctives qui s'étendent de la périphérie au hile, en traversant tout le rein. Dans ce tissu conjonctif, comme chez un malade de Rovsing, on ne trouvait pas de traces de canaux urinifères, mais une grande quantité de glomérules en dégénérescence fibreuse. De place en place, il existait de plus de l'infiltration sanguine. Chez le malade de Loumeau, le tissu conjonctif hyperplasié formait un réseau intertubulaire très nettement visible, qui écartait notablement les tubes les uns des autres. Chez ce même malade, les artérioles et les artères de petit et de moyen calibre présentaient souvent de l'endartérite et de la périartérite. Ces lésions artérielles sont fréquentes mais pas constantes. C'est ainsi que Pousson relate un cas où les artères présentaient des lésions très accentuées de périartérite et surtout d'endartérite. Quelques artères d'assez gros calibre étaient presque complètement oblitérées par endartérite. Ces

lésions vasculaires s'observaient surtout au niveau des placards d'hyperplasie conjonctive. Un autre de ses malades avait la lumière des artères remplie d'hématies avec quelques rares polynucléaires. Rovsing a signalé un cas où il existait non seulement de la stase dans les veines et les capillaires, ce qui n'est pas très rare, mais en quelques endroits des petites parties nécrotiques limitées. Il trouva dans les artères droites des petites thromboses.

Nerfs. — Dans les observations que nous rapportons, l'étude des lésions du plexus rénal n'a pas été faite. Cependant il paraît vraisemblable qu'elles puissent exister. Dans les formes de néphrite à siège surtout et à début parenchymateux, Cesare Frugoni (1) pense que le plexus rénal est fréquemment mais non constamment intéressé. Les lésions présentées sont non seulement inconstantes, mais varient en étendue, en nature et en degré, et ne sont pas proportionnées à la lésion rénale. La caractéristique principale de ces lésions est, d'après lui, l'atrophie simple de bon nombre de cellules ganglionnaires, atrophie plus ou moins avancée et diffuse, distribuée le plus souvent dans de petits groupes de cellules, avec léger retentissement inflammatoire sur les filets nerveux et atrophie de quelques-uns d'entre eux. Il croit que de telles lésions sont probablement secondaires, qu'elles sont la conséquence du processus de la néphrite et de l'insuffisance fonctionnelle des zones lésées, avec participation morbide des terminaisons nerveuses intra-rénales. « *Probablement, dans un même ganglion, existent des groupes cellulaires ayant des fonctions distinctes et présidant à des zones diverses du rein.* »

Klippel (2) avait observé aussi deux cas de néphrite dans lesquels les plexus rénaux étaient le siège de lésions. Après dissection des nerfs qui, au niveau du hile, entourent les artères et les veines rénales, il avait constaté que ces nerfs

(1) CESARE FRUGONI, Du plexus rénal dans les néphrites. *Rivista critica di clinica medica*, nos 9 et 10, 1907.

(2) KLIPPEL, Rôle et lésions du plexus rénal dans les néphrites. *Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurg.*, 13 mai 1897.

étaient constitués par des fibres à myéline à gaines étroites et par des fibres du grand sympathique. Ces dernières présentaient sur leur trajet soit des ganglions constituées par un grand nombre de cellules nerveuses typiques, soit des cellules de même nature formant des trainées de quelques éléments seulement. « *Tous ces nerfs et leurs cellules ganglionnaires offraient des lésions inflammatoires et dégénératives, avec hyperémie vasculaire intense.* »

Récemment, Klippel et E. Chabrol (1), à l'autopsie de deux malades morts de néphrite traumatique, constataient que l'hyperémie faisait défaut dans les fibres des plexus rénaux qui entourent les vaisseaux du hile, mais que leur gangue cellulo-adipeuse était infiltrée de polynucléaires et que les rameaux nerveux semblaient entourés d'une véritable zone inflammatoire.

En résumé, à part l'état congestif très prononcé du rein que l'on rencontre assez souvent, on trouve toute une série de lésions anatomiques mais qui n'ont rien de spécial à ces néphrites douloureuses et ne permettent pas de les différencier des autres variétés de néphrite chronique.

Étendue des lésions rénales. — Nous arrivons à un point des plus intéressants dans l'étude de cette forme de néphrite, c'est celui de l'étendue des lésions rénales. Certes, les néphrites bilatérales donnant lieu à de la douleur d'un seul côté, ne sont pas rares, et même plusieurs malades, qui présentaient des signes cliniques très nets de brightisme, souffraient cependant d'un seul rein.

C'est ainsi que Pousson, Foisy, Israël, Albarran, Røvsing, Riedel, Gentil, Sutcliffe, Ferguson, Sorel et Ertzbischoff ont signalé des cas de ce genre. Ce qui frappe alors, c'est l'inégale répartition des lésions sur les deux reins et, ce fait concorde avec les phénomènes douloureux qui sont plus accusés d'un côté. D'ailleurs, les recherches d'Ertzbischoff faites avec

(1) KLIPPEL ET E. CHABROL, Néphrite traumatique avec œdème unilatéral et lésions secondaires du rein opposé, *Presse médicale*, 14 avril 1909.

le diviseur de Cathelin ou le séparateur de Luys, et surtout le cathétérisme des uretères, beaucoup plus précis, lui ont montré qu'il existait presque toujours une différence, quelquefois minime, il est vrai, entre les urines des deux reins ; différence portant non seulement sur la quantité des urines, mais encore sur le taux des sels de l'albumine et l'abondance des cylindres. Mais, sans parler des néphrites traumatiques, primitivement unilatérales, nous relevons quelques observations où il est dit que la néphrite douloureuse était unilatérale et que l'autre rein était parfaitement sain. C'est ainsi que Bleck en signale un cas. Le malade de Patel et Cavaillon avait en même temps que de la périnéphrite, une néphrite unilatérale, et la preuve en est donnée par le résultat thérapeutique ; une malade de Pousson avait aussi de la néphrite chronique ; localisée uniquement à gauche et se traduisant par de la douleur et des hématuries. Dans certains cas, cette néphrite unilatérale était partielle et se localisait seulement à un petit territoire du rein. Chez un malade de M. Le Dentu, l'examen histologique ne fut pas fait, mais le rein présentait des bosselures en un point de sa surface et à l'incision, la partie qui correspondait aux bosselures avait une coloration gris bleuâtre tranchant sur le reste qui paraissait parfaitement sain. M. Le Dentu est persuadé que la néphrite était partielle. Dans d'autres cas, la preuve anatomique de l'existence de ces lésions localisées a pu être faite. Pousson trouva le rein d'un de ses malades qui était d'une consistance très ferme à son pôle inférieur et normale à son pôle supérieur. A l'incision, il constate que les couches corticales et médullaires étaient distinctes dans les deux tiers supérieurs et gardaient leur aspect physiologique, tandis que dans le tiers inférieur, elles étaient confondues et étaient uniformément pâle et grisâtre. L'examen histologique montra des lésions de néphrite uniquement à ce pôle inférieur. Rovsing signale aussi une néphrite douloureuse droite avec hématurie chez un homme de 18 ans. Le rein droit seul était malade et l'examen histologique montra que les lésions étaient localisées au pôle inférieur du rein qui était

violacé, alors que le pôle supérieur était sain et avait gardé son aspect normal. Dans son travail sur les néphrites septiques, il conclut à l'existence de néphrite chronique unilatérale de nature infectieuse et à la localisation des lésions à une partie plus ou moins grande du rein dans ces néphrites infectieuses unilatérales. Un des cas les plus probants à cet égard est celui publié par M. Albarran. Il s'agissait d'une néphrite douloureuse droite avec hématurie. Le rein droit était augmenté de volume, violacé, turgescent et présentait quelques adhérences. A l'incision, il paraissait complètement sain, mais en regardant attentivement la coupe du rein que le dos du bistouri essuyait, il vit à la base d'une pyramide, un petit noyau grisâtre, guère plus gros qu'un grain de mil. Il l'énucléa et l'examen histologique fait par M. Motz montra qu'il s'agissait d'une granulation de néphrite chronique. A ce propos, M. Albarran conclut que si sa coupe avait porté quelques millimètres plus loin, s'il avait moins largement fendu le rein, s'il l'avait moins minutieusement examiné, cette minime lésion lui eût certainement échappé. « Ceci montre bien, ajoute-t-il, que si les examens macroscopiques positifs du rein, pendant la néphrotomie, gardent toute leur valeur, les examens négatifs ne prouvent rien, même lorsqu'ils sont pratiqués par des chirurgiens habitués aux recherches d'anatomie pathologique. » De pareils faits expliqueraient jusqu'à un certain point l'opinion de M. le Professeur Dieulafoy qui, tout en admettant les néphrites unilatérales, pense que bon nombre de néphrites chroniques unilatérales se manifestant surtout par de la douleur ou des hématuries, sont entachées de tuberculose. On sait en effet que de minimales lésions bacillaires rénales, suffisantes pour provoquer des troubles morbides graves, peuvent passer inaperçues après la néphrotomie. Les cas auxquels nous faisons allusion plus haut ne peuvent pas être suspectés de tuberculose. Il s'agissait bien de néphrite chronique. D'ailleurs de nombreuses observations publiées ne permettent plus de mettre en doute l'existence des néphri-

tes unilatérales et partielles. Weir (1), sur 71 cas de néphrites reconnues à l'autopsie, trouve 19 fois des lésions cantonnées à un seul rein. Dans les 72 cas rapportés par Edebohls, 10 fois la néphrite était unilatérale. On admet de plus que, dans un même rein, certains lobules peuvent rester intacts alors que d'autres sont complètement détruits. La lésion s'étend progressivement jusqu'à envahir tout le rein, à tel point que, d'après M. Dieulafoy : « Rien ne dit même que certaines formes du mal de Bright ne soient primitivement cantonnées à un seul rein, la lésion passant plus tard à l'autre rein. » Cette opinion est, il est vrai, contredite par Castaigne et Rathery qui pensent que les néphrites chroniques unilatérales ou à prédominance unilatérale sont des faits exceptionnels que l'on constate rarement dans les cas de suppurations rénales, jamais dans les cas de néphrite par intoxication, que celle-ci soit produite par le poison ou les toxines microbiennes. A part le cas de Rovsing, où les urines étaient septiques, il s'agissait chez les autres malades atteints de néphrites chroniques douloureuses, de lésions aseptiques et partielles.

Castaigne et Rathery basent leur opinion non seulement sur les résultats donnés par les autopsies et leurs recherches expérimentales, mais sur l'influence d'un rein sur l'autre. On sait en effet depuis longtemps la fâcheuse action que peut exercer un rein malade sur un rein sain, et M. Guyon a bien insisté sur le réflexe réno-rénal dans l'anurie d'origine lithiasique. Les expériences de Guyon, Albarran, confirmées par Tuffier ont mis en lumière l'influence de la tension rénale sur le rein du côté opposé. Cette action du rein malade sur le rein sain existe-t-elle dans les cas de néphrite purement médicale ? Rovsing l'admet ; Pousson pense qu'un processus inflammatoire, *surtout quand il est douloureux*, peut troubler le fonctionnement de l'autre, au point de diminuer considérablement la sécrétion urinaire et abaisser en même temps le taux de

(1) R. WEIR, *III^e Cong. des médec. et chirurg. améric.*, Washingt., juin 1894, et *Medical Record*, 1894, vol. 46.

l'urée, des phosphates et des chlorures. Il se produit, d'après lui, une véritable néphrite sympathique, en tous points comparable à l'ophtalmie, on est en droit de supposer que l'irritation nerveuse facilite la stase circulatoire, la congestion locale, et, partant, l'intoxication. D'après Klippel et E. Chabrol (1), les lésions anatomiques des plexus rénaux, dans les néphrites, expliquent certains détails histologiques et l'extension secondaire des lésions au rein opposé.

« A la notion déjà classique du réflexe réno-rénal, nous croyons, disent Castaigne et Rathery, qu'il est nécessaire d'ajouter, pour la compléter, la notion non moins féconde en déductions pronostiques et thérapeutiques, du retentissement lésionnel d'un rein sur l'autre par l'existence de néphrotoxines. » Dans leurs expériences, MM. Albarran et Bernard démontrèrent qu'on peut ligaturer des uretères à des chiens, des lapins et des cobayes, sans que ces animaux s'en ressentent. Jamais, ils n'ont constaté ni de phénomènes urémiques pendant la vie, ni après la mort de lésions dégénératives des épithéliums, dans le rein conservé. Ils concluent que l'existence des néphrolysines n'est pas démontrée. Dans sa thèse, son élève Maugeais a montré que, tandis que les infections rénales unilatérales retentissaient constamment, d'une façon appréciable, sur le rein du côté opposé; la néphrite unilatérale expérimentale, n'influence pas défavorablement le rein du côté opposé, ni au point de vue anatomique et histologique, comme il l'a constaté, ni probablement non plus au point de vue fonctionnel, comme permet de le supposer la persistance d'un bon état général de ses animaux.

Chez une de ses malades, atteintes de néphrite chronique hématurique, pas douloureuse, l'examen des urines, séparées par le cathétérisme urétéral, et la guérison rapide qui survint, du fait de l'intervention sur le rein malade, montrent bien qu'un seul rein était atteint, et que le rein opposé, comme dans

(1) KLIPPEL et E. CHABROL, Néphrite traumatique avec œdème unilatéral et lésion secondaire du rein opposé. *Presse médicale*, 14 avril 1909.

ses observations expérimentales, n'avait pas eu à souffrir de son congénère.

Nous avons pu constater comme Maugeais, dans certaines observations de néphrite unilatérale douloureuse, la disparition non seulement des douleurs à la suite de l'opération, mais des symptômes de néphrite. Tel, le malade de Pousson qui, revu deux ans après son opération, ne souffrait plus de douleurs ni spontanées, ni provoquées et avaient des urines parfaitement normales. Un autre de ses malades quitte aussi l'hôpital complètement guéri, l'examen des urines était très satisfaisant. Le malade de Patel et Cavailhon voit disparaître son albumine et remonter le taux de l'urée quelques jours après son opération. Il quitte l'hôpital en parfait état de santé.

Comme le dit Ertzbischoff, « dans les vieilles hydronéphroses aseptiques fermées, même avec destruction complète du parenchyme rénal, obturation de l'uretère de date ancienne par conséquent, on est étonné de voir qu'il n'y a pas de retentissement sur l'autre rein ; de même à la suite des rénipunctures, des néphrotomies où cependant le traumatisme est plus grave que dans les apunctures, on ne cite pas, dans la très grande majorité des cas, de troubles graves dans le fonctionnement de l'autre rein, où celui-ci avait été reconnu sain avant l'intervention. »

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Le plexus rénal, dit Legueu, manifeste ses irritations, quelle qu'en soit la cause, sous une forme toujours identique, et le syndrome douloureux de la colique néphrétique se retrouve dans un cas comme dans l'autre, avec des caractères à peu près analogues. Cependant la douleur, qui est naturellement le symptôme important de cette maladie, le seul qui soit toujours constant, puisque tous les autres signes de néphrite peuvent manquer, est sujette néanmoins à beaucoup de variations. Aussi, nous étudierons tout d'abord la douleur, nous verrons les autres signes qui peuvent l'accompagner et nous essaierons de tracer les différents aspects cliniques que peut revêtir cette forme de néphrite et de périnéphrite.

Début. — Le début est le plus souvent brusque et soudain. Un sujet jusque-là bien portant est pris d'une crise douloureuse intense, sans cause appréciable, et est forcé de s'arrêter. C'est le cas de la plupart des malades dont nous rapportons l'observation. Un point important à signaler, c'est que le début peut se faire par une véritable crise de coliques néphrétiques. A la suite du paroxysme douloureux, le malade expulse un ou deux petits graviers et tout rentre dans l'ordre. Une deuxième crise se reproduit semblable à la première et ce n'est que secondairement qu'évolue la néphrite douloureuse avec les mêmes caractères que les précédentes, mais sans expulsion de calculs. C'est ainsi qu'un malade de Rovsing, âgé de 47 ans, souffrait depuis l'âge de 15 ans, de lithiasie rénale gauche avec expulsion fréquente de concrétions dont la grosseur variait d'une tête d'épingle à un grain de café. Un malade de Pous-

son fut pris 16 ans auparavant d'une douleur très violente dans la fosse iliaque gauche, irradiée à la verge. La douleur fut calmée par l'expulsion d'un calcul accompagnée d'une petite hématurie. Plusieurs crises se reproduisirent ainsi et la néphrite douloureuse évolua ensuite. Un autre de ses malades avait rendu autrefois deux graviers uriques, mais sans douleur.

Le début peut apparaître à la suite d'un traumatisme. A la douleur contusive du début succède sans interruption la douleur de la néphrite ou de la périnéphrite. C'était le cas des deux malades de Simonin et de Tanton. Enfin, le début peut se faire à la suite d'un refroidissement, comme nous l'avons signalé dans l'étiologie.

Mais parfois, le début n'est pas aussi brusque. Les malades ont commencé à souffrir progressivement de la région lombaire et ils ne peuvent pas préciser la date exacte de l'apparition de leurs douleurs. C'est ainsi qu'un malade du professeur Albaran souffrait depuis plusieurs années de douleurs profondes à droite, sans crises paroxystiques. Une malade de Finocchiaro, souffrait depuis 4 ans environ de douleurs vagues dans l'hypochondre, mais ne pouvait pas préciser le mode d'apparition de ses douleurs.

Caractères de la douleur. — La douleur se manifeste sous forme d'élancements, de tiraillements, de brûlures, de constriction. Elle est pulsatile, continue avec des exacerbations qui arrachent des cris au malade. C'est parfois une sensation de pesanteur, dans la région lombaire, qui devient intolérable par sa persistance et sa tenacité toujours intense, elle procède par paroxysme et revêt les caractères de la colique néphrétique. D'autres fois, elle ne subit pas de poussée aiguë, donne lieu à une gêne, à un endolorissement profond et diffus de la région. Les malades comparent ce dernier genre de douleurs à une sensation de meurtrissure, de grande fatigue musculaire. Elles sont vagues, légères, espacées, apparaissant d'abord dans toute la région lombaire, puis elles se précisent peu à peu et se localisent tantôt à droite, tantôt à gauche. Le malade de Maurice Raynaud avait des douleurs d'un caractère an-

goissant avec sentiments de constriction ou de barre. Le malade de Broca avait des douleurs continues, modérément intenses, c'était une pesanteur sourde qui ne revêtait jamais l'allure de crises néphrétiques. Celui de Rovsing ressentait des douleurs bizarres. Tantôt, il les désignait comme des douleurs térébrantes et rongeantes ; tantôt comme des douleurs soudaines, tranchantes, en éclair. Le malade de Tixier comparait ses douleurs à des coups de marteau, frappant alternativement en avant et en arrière. Un des malades de Simonin et de Tanton ressentait des douleurs sourdes et profondes quand il était couché, accompagnées d'élancements intermittents comparables à des coups d'aiguille, quand il était debout. L'autre présentait plusieurs sortes de douleurs : les unes constantes et profondes, comparées à des pincements, s'exagérant dans la position debout ou quand il se recourbait ; les autres survenaient par crises paroxystiques qui s'accompagnaient des irradiations habituelles de la colique néphrétique.

Siège. — La douleur se localise dans la fosse lombaire. Elle est plus marquée en arrière dans l'espace costo-iliaque où les malades se plaignent surtout. Elle est accusée aussi parfois à la colonne vertébrale et se propage dans l'hypocondre, quelquefois dans l'épigastre. Elle est unilatérale le plus souvent et correspond au rein malade, mais il faut savoir qu'elle peut présenter des variations dans son siège. Elle envahit les deux côtés au début, et après s'être localisée à un seul côté pendant un certain temps, elle passe de l'autre côté où elle persiste. Ces fluctuations dans le siège de la douleur peuvent tenir soit à une néphrite double, soit à une néphrite unilatérale avec phénomène réflexe de l'autre côté. Un malade de Rovsing qui, pendant neuf mois, avait eu des crises douloureuses dans les deux régions lombaires, eut plus tard d'autres crises localisées dès lors au rein droit qui restait toujours sensible. Finocchiaro relate le cas d'un de ses malades qui, pendant quatre ans, avait eu des douleurs vagues dans les régions lombaires, peu à peu elles s'étaient localisées à droite et elles apparaissaient ensuite tantôt à droite, tantôt à gauche. Cependant c'était le rein droit

qui était malade et l'autre était sain, du moins cliniquement. Edebohl signale le cas d'un de ses malades qui, pendant 30 ans, avait souffert vaguement des lombes et de la région dorsale, ensuite les douleurs s'étaient localisées à gauche et avaient persisté quatre ans. La malade dont je rapporte l'observation avait souffert pendant un an de son côté gauche traumatisé et ensuite les douleurs s'étaient portées à droite et étaient devenues intolérables. Ces faits sont exceptionnels, mais j'ai tenu à les signaler. Dans la grande majorité des cas, la douleur correspond au rein malade.

Irradiations. — On a essayé de caractériser cette douleur de la néphrite et de l'opposer à celle de la colique néphrétique par le manque d'irradiations. Ce serait, d'après certains auteurs, une douleur uniquement localisée à la fosse lombaire, et qui, pour d'autres, irradierait seulement le long des nerfs lombaires, et jamais le long de l'uretère. C'est là une erreur. Il existe des douleurs, en effet, plus spéciales à la région lombaire, qui irradient en ceinture, le long des derniers nerfs intercostaux et des premiers nerfs lombaires, ce sont des douleurs plus spéciales à la périnéphrite. D'autres suivent, comme dans la colique néphrétique, le trajet urétéral avec des irradiations à l'aîne et au scrotum, ce sont en général des douleurs de néphrite. Ces deux genres de douleurs peuvent s'associer ou se succéder. Le plus souvent, la crise douloureuse irradie le long de l'uretère, et dans l'intervalle la douleur reste localisée à la région lombaire. Il suffit de parcourir les diverses observations que nous rapportons pour voir que rien n'est plus variable comme l'irradiation de la douleur, et il est absolument impossible de se baser sur cette dernière pour établir un diagnostic différentiel entre la colique néphrétique et la néphrite et périnéphrite chronique douloureuse. Ces irradiations varient même d'une crise à l'autre et n'ont rien de fixe. Ainsi, un malade de Rovsing eut deux ans avant une douleur intense au niveau de la région rénale droite, avec propagation le long des côtes jusqu'à l'épigastre. Un an après, il eut un nouvel accès de douleurs dans la région rénale droite avec propaga-

tion cette fois à la vessie. Une malade de M. Albarran n'avait qu'à certaines crises des douleurs irradiant le long de l'uretère. Il arrive quelquefois que la douleur simule au début les crises de la colique néphrétique, puis peu à peu les irradiations ne sont plus les mêmes, la douleur change d'aspect. Elle devient plus localisée et a plutôt tendance à irradier en ceinture à l'abdomen et à l'épigastre. Il semblerait que les phénomènes purement néphrétiques du début cèdent le pas à ceux de la périnéphrite. Ainsi, un malade de Pousson souffrait depuis trois ou quatre ans du rein gauche. Les douleurs survenaient d'abord par crises espacées de plusieurs mois, par irradiations, et avaient tous les caractères de la colique néphrétique, mais elles n'avaient jamais eu leur intensité. Depuis un an, les crises sont devenues plus rares, mais il persiste un état douloureux habituel de la région lombaire gauche, une sensation d'endolorissement profond qui s'atténue mais ne cesse pas complètement dans le décubitus dorsal et qui s'accroît pour revêtir les caractères d'une vive douleur dans certains mouvements du tronc et à la suite de la marche.

Les irradiations se font à l'épigastre, à l'abdomen, en ceinture à la partie inférieure du thorax. Elles ne dépassent pas la ligne médiane. Elles irradient en bas dans la fosse iliaque du même côté, vers l'aîne, le testicule qui se rétracte et la cuisse. Il n'est pas rare de la voir irradier à la vessie. Finocchiaro relate un cas où l'irradiation douloureuse se faisait vers l'épigastre, le crural, le long du sciatique jusqu'aux genoux et en haut vers la colonne vertébrale. Dans plusieurs observations, on signale aussi l'irradiation à la verge et, fait beaucoup plus rare, à l'épaule correspondante. Les irradiations partent naturellement de la région lombaire. Chez un malade de Legueu, cependant, les crises débutaient toujours par la région inguinale gauche, et c'est de cette région et du testicule rétracté que partait la douleur qui remontait vers le flanc.

Influence du mouvement et du repos. — Il est fréquent de voir survenir la douleur et de la voir disparaître aussi sans cause, dans les néphrites. Notamment, le mouvement, la

marche n'exerceraient aucune influence fâcheuse sur son apparition et le repos n'aurait aucune tendance à la faire diminuer. Ce fait quoiqu'habituel est cependant loin d'être la règle. Certains malades voient apparaître leurs crises à la suite d'une marche, d'une promenade en voiture, d'un voyage en train, d'un effort, d'un mouvement intempestif. La toux elle-même peut provoquer la douleur. Chez d'autres malades il leur est impossible, sous peine de provoquer une crise, de se coucher du côté sain, probablement à cause des tiraillements qui se produisent du côté malade. Le repos exerce aussi une influence favorable sur l'atténuation et même sur la disparition de la douleur. Pousson relate un cas où les douleurs exagérées par la marche et la station verticale prolongée, étaient apaisées par le décubitus horizontal. Patel et Cavaillon rapportent le cas d'un malade qui supportait mal la station debout ou assise et dont le décubitus dorsal calmait les souffrances. Chez un malade de Rovsing, les crises étaient surtout provoquées par des mouvements brusques, notamment par les secousses de la voiture; un autre de ses malades avait une crise après chaque effort. De même, Finocchiaro a vu la douleur diminuer dans le décubitus dorsal et surtout latéral droit, augmenter par la marche et diminuer par la chaleur. La douleur s'exaltait à la suite d'une fatigue, d'un exercice prolongé et même d'un simple mouvement chez un malade de Pousson. C'est dans le train qu'un malade d'Ertzbischoff fut pris d'une vive douleur et qu'il souffrit constamment à droite depuis ce moment. Un des malades de Simonin et Tanton ne pouvait marcher ou rester longtemps debout à cause de la douleur. Debout, il avait une attitude raide et soudée, en même temps qu'il s'inclinait à droite, marchait à petits pas comptés, les épaules un peu remontées, cherchant à immobiliser les dernières dorsales et les lombaires, en même temps que le pelvis. Pour ramasser un objet à terre, il incurvait latéralement à droite la colonne vertébrale. La flexion et l'extension, les mouvements de latéralité de la colonne vertébrale provoquaient des douleurs sourdes dans l'hypocondre droit. La malade

opérée par M. Lenormant s'asseyait avec précaution, marchait péniblement et montait très difficilement dans son lit, le moindre mouvement donnait lieu à une sensation d'arrachement, de déchirement dans la fosse lombaire droite, et elle était tout à fait incapable de se retourner dans son lit. Pour calmer cette douleur constante qui ne procédait jamais par crise, elle avait recours non pas à la position couchée, mais à la position demi-assise dans son lit, les cuisses légèrement fléchies sur l'abdomen. Enfin MM. Guyon et Albarran ont signalé un cas où les douleurs rénales s'exaspéraient pendant la miction.

Crise douloureuse. — La douleur des néphrites procède ordinairement par crises paroxystiques, qui simulent à s'y méprendre la colique néphrétique. Pourtant cependant leur intensité est moins vive, mais il n'est pas moins vrai qu'elles sont parfois assez aiguës pour arracher des cris au malade. Il prend toutes les positions pour essayer de calmer l'acuité de la douleur. La durée de ces crises est extrêmement variable. Elles peuvent durer une demi-heure, une heure le plus souvent, mais il n'est pas rare de les voir se prolonger deux heures, et parfois même le malade reste à l'état de crises pendant un jour ou deux avec des accalmies de temps en temps. Elles surviennent périodiquement chez certains malades et chez les femmes, l'influence des règles est incontestable. Une malade de Finocchiaro, depuis l'âge de 12 ans, éprouvait des crises douloureuses au flanc gauche à l'apparition des règles, puis les règles disparurent, mais les douleurs persistèrent. Perez rapporte le cas d'une femme âgée de 22 ans, qui, depuis l'âge de 12 ans éprouvait des vives douleurs dans le flanc gauche à chaque époque menstruelle. Il y a quatre ans, après un arrêt temporaire des règles, les crises devinrent plus aiguës. Nous avons vu l'influence que la sphère génitale de la femme exerce sur l'apparition de la néphrite douloureuse. Il est probable que la congestion des organes génitaux favorise la congestion rénale et provoque la crise douloureuse. La répétition des crises est des plus variables. En général, elles sont

rare au début et c'est ainsi qu'on trouve dans certaines observations des malades qui avaient une crise douloureuse 10, 12 ans auparavant. Elles apparaissent tous les ans, se répètent, deviennent plus fréquentes, une fois par mois, puis surviennent toutes les semaines et même certains malades présentent jusqu'à 2 à 3 crises par 24 heures.

C'est d'ordinaire la nuit qu'elles apparaissent. Morriss et Jacobson avaient déjà noté ces exacerbations nocturnes, qui s'expliqueraient, suivant Morriss, par le passage des gaz dans le côlon, ou, suivant Jacobson, par la concentration plus grande de l'urine. Je partage l'opinion de Godineau qui pense que ce serait sous l'influence d'une poussée congestive, favorisée par le sommeil, que se produirait cette exacerbation nocturne de la douleur.

Pendant la crise, il n'est pas rare que les malades éprouvent un besoin fréquent et impérieux d'uriner. Parfois même, les mictions sont douloureuses, sans que la vessie soit malade. Ce sont de ces réflexes vésicaux comme on en rencontre dans la plupart des affections rénales. Les vomissements peuvent survenir, mais ne sont pas très abondants. Dans certains cas, on a signalé des transpirations profuses qui terminent la crise, et quelques rares auteurs ont noté une légère élévation de la température.

Intervalle des crises. — Après le paroxysme douloureux, les malades éprouvent un soulagement, mais qui est loin de ressembler à cette sensation de bien-être qui suit la crise de colique néphrétique. Il persiste presque toujours une douleur dans l'intervalle des crises. C'est une sensation de pesanteur, de tiraillements dans la région lombaire qui reste sensible et douloureuse. On comprend donc que pour certains patients, chez qui cette douleur est permanente, tout travail devient impossible. Ils sont dans l'obligation de garder le repos dans la position horizontale et sont alors de véritables infirmes.

Douleur objective. — La douleur n'est pas seulement spontanée, elle peut être provoquée par la palpation de la région lombaire. Pendant les crises, les muscles sont contractés, à

l'état de défense et toute exploration devient impossible. Dans l'intervalle des crises, la défense musculaire peut persister et gêner encore l'exploration. Quand on arrive à vaincre cette résistance de la paroi ou que la loge lombaire se laisse déprimer facilement, on peut ne pas sentir le rein. D'autres fois, on sent le pôle inférieur du rein qui est douloureux et on peut percevoir une certaine mobilité. Dans certains cas, toute la fosse lombaire est sensible et comme empâtée. La pression profonde fait sentir une masse diffuse qui se délimite mal, remonte en haut jusque sous les fausses côtes, en dedans atteint la colonne vertébrale et en bas descend dans la fosse iliaque du même côté. On sent des irrégularités, des bosselures, mais la consistance est partout la même, rénitente et élastique. Cette masse est comme engluée et ne se déplace pas avec la pression des doigts. Le malade de Patel et Cavaillon avait dans la fosse rénale droite, une masse du volume d'un gros poing, régulière, à pôle inférieur arrondi, mobile avec les mouvements respiratoires, douloureuse à la pression profonde, ne se déplaçant pas sous la pression des mains, et le ballottement élastique était faiblement perçu. Finocchiaro, chez un de ses malades, sentit à gauche une tumeur d'une tête de fœtus. Sa surface était lisse, sa consistance molle et élastique. Elle était mobile dans le sens transversal, mais ne présentait pas de ballottement. Chez un autre, à une palpation soignée de la fosse lombaire, il sentit une tuméfaction dont les limites étaient peu nettes, à surface inégale, à consistance élastique, très douloureuse, qui remplissait tout l'hypocondre, et se prolongeait en bas jusqu'au niveau d'une ligne menée à un travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, en haut se perdait au-dessous du rebord costal et vers la colonne vertébrale. Tandis qu'en bas, la limite était nette, elle se confondait vers la ligne médiane pendant une certaine partie avec la colonne vertébrale, la palpation de la fosse lombaire droite de la malade de Necker était tout à fait indolore. On sentait une tumeur du volume du poing, dure, lisse, régulière, mobile, qui descendait à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes

et que l'on n'arrivait pas à réduire. On avait très bien la sensation de ballonnement.

La palpation de la fosse lombaire est, comme nous l'avons dit, douloureuse. C'est surtout en arrière, dans l'espace costo-iliaque, en dehors de la masse sacro-lombaire, que la pression des doigts réveille une vive douleur. Il en est de même de la pression profonde en avant dans la région de l'hypocondre. On trouve encore les points douloureux rénaux : para-ombilical, urétéral moyen, vésico-vaginal ou vésico-rectal. Enfin, les autres points rénaux décrits par Pasteau : sus-intra-épineux, inguinal et sus-iliaque latéral ne sont pas signalés dans les observations que j'ai relevées, probablement parce qu'ils n'ont pas été recherchés par les auteurs. Chez ma malade, la pression réveillait une douleur, d'une part en dedans et au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, d'autre part, au niveau de l'orifice externe, superficiel du canal inguinal, c'est-à-dire aux points sus-intra-épineux et inguinal. Le point sus-iliaque latéral, situé sur la paroi latérale de l'abdomen, juste au niveau de la crête iliaque ou à 1 centimètre au-dessus d'elle, à peu près en regard de la partie moyenne de cette crête, au point d'émergence de la branche perforante du dernier nerf intercostal ou du premier nerf lombaire n'existait pas chez elle. D'ailleurs, d'après Pasteau lui-même, il serait beaucoup moins important que les autres, car il n'a pas une situation absolument fixe.

Urines. — Chez tous les malades dont les urines ont été soumises à l'analyse, on trouve notées des altérations de ce liquide. Il n'y a que le malade de Bloch qui souffrait depuis huit ans de son rein et qui présentait des urines normales. Aucune de ces altérations, comme le fait remarquer Pousson, n'est véritablement caractéristique de la néphrite douloureuse. Elles peuvent être minimales quand elles sont sous la dépendance de lésions localisées à un seul rein et parfois à une partie de ce rein.

En général, le volume des urines émises reste dans les limites physiologiques. Cependant, chez un malade du Professeur Le

Dentu il atteignait 5 à 600 grammes par jour, il était inférieur à 1000 centimètres cubes chez la malade de Jaboulay. Whipile rapporte un cas où à la suite d'une crise douloureuse il n'y eut que 40 à 50 grammes d'urines en 36 heures. Une malade d'Ertzbischoff n'émettait à son entrée que 200 grammes d'urine par jour. Dans un cas de Pousson, les urines étaient rares, 400 grammes par jour. Elles variaient de 1.055 grammes à une anurie presque absolue chez la malade de Grunwell. Par contre, l'attention de Finocchiaro fut attirée par la grande quantité d'urine qui était émise par son malade après chaque crise douloureuse. L'albumine manque exceptionnellement. Røvsing signale quatre observations où l'albumine n'existait pas. Finocchiaro, Debersaques, Noguès relatent chacun un cas où il y avait absence d'albumine. C'est une albuminurie légère, peu accentuée et dans la plupart des cas, on n'en trouve que des traces à peine dosables. Il est rare qu'elle dépasse 0 gr. 25 par litre, et les albuminuries notables, 2 à 3 grammes par litre, ne se rencontrent que dans les formes rares de la maladie, qui s'accompagnent de phénomènes urémiques.

L'urée et les substances salines conservent leurs taux physiologiques chez la plupart des patients ; cependant l'urée se trouvait abaissée au-dessous de 10 grammes par litre chez un malade de Le Dentu et chez celle de Jaboulay ; chez la malade de Patel et Cavaillon, la quantité d'urée par litre était de 8 gr. 50 ; de 10 gr. 56 et de 9 gr. 50 chez deux malades de Finocchiaro. Un malade de Pousson, avec 1.400 centimètres cubes par vingt-quatre heures, émettait 7 grammes d'urée par litre, 4 gr. 50 de chlorures et 70 centigrammes de phosphates. Chez ma malade, il y avait une légère diminution de l'urée et des chlorures.

Røvsing a trouvé des streptocoques, des staphylocoques et des colibacilles dans les urines de certains de ses malades.

On relève la présence de cylindres variés dans certaines observations. Røvsing, Edebohl, Israël ont trouvé des cylindres granuleux et hyalins avec des cellules épithéliales. Dans un cas, Ertzbischoff trouva beaucoup de cylindres granuleux.

Dans l'urine de son malade, Broca constata la présence de cylindres de diverse nature, surtout épithéliaux et granuleux, mais il n'y avait pas de cylindres colloïdes. De même, chez leur second malade, Simonin et Tanton signalent l'existence de quelques cylindres granuleux.

Mais ce qu'il est beaucoup plus fréquent de rencontrer dans les sédiments urinaires, ce sont des cristaux d'acide urique, d'urate, de triphosphate, d'oxalate de chaux d'une part, de leucocytes et d'hématies d'autre part, ces derniers étant le résultat du passage agressif des premiers à travers les tissus du rein. C'est ainsi que la présence de ces formations cristallines et de globules blancs et rouges est signalée dans les observations de Péan, Rovsing, Pousson, Finacchiaro, Ertzsbischoff, Anderson, Whiple, Barker, Broca, Simonin et Tanton.

Pour apprécier la valeur de chaque rein, il faut naturellement recueillir séparément les urines, soit par le séparateur, soit par le cathétérisme urétéral. Une exploration fonctionnelle, comme nous la pratiquons à Necker, suivant la méthode de M. Albarran, permet de mieux se rendre compte de la valeur de chaque rein et de déceler des différences très minimes dans l'élimination de chacune de ces glandes. On notera ainsi une moins bonne réaction du côté malade à l'épreuve de la polyurie expérimentale, une élimination moindre de sucre après l'injection de la phloridzine, un retard dans l'élimination du bleu et enfin une légère diminution dans la quantité d'urée et de chlorures éliminés. Parfois on ne trouvera pas de différences, ou bien l'on se rendra compte que les deux reins sont malades, ou enfin on aura la surprise de constater que le rein douloureux fonctionne mieux et est moins atteint que le rein non sensible. On comprend toute la valeur de ces explorations. C'est ainsi que chez un des malades de Finocchiaro, qui souffrait du côté droit, l'exploration fonctionnelle montra que les urines du côté droit, avaient un léger louche d'albumine avec des leucocytes très rares et qu'elles contenaient seulement 13 gr. 8 d'urée par litre, au lieu de 19 gr. 13

à gauche. Chez un autre de ses malades qui souffrait du rein gauche, on recueillait seulement de ce côté 230 grammes d'urine en deux heures avec 12 à 15 grammes d'urée par litre, tandis qu'à droite on notait 300 grammes d'urine en deux heures avec 14 à 17 grammes d'urée par litre. Un malade d'Ertz bischoff, qui souffrait du côté droit, avait les deux reins fonctionnant à peu près de la même façon, cependant dans les urines du côté droit, on trouvait des leucocytes et des cylindres granuleux, avec 0 gr. 45 d'albumine par litre, tandis que dans celles du côté gauche, il y avait seulement 0 gr. 12 d'albumine par litre. Chez un des malades de Simonin et de Tanton, l'exploration fonctionnelle montre que le rein droit douloureux élimine, en volume, une quantité d'urine de moitié inférieure à celle que fournit le rein gauche. Toutefois, les quantités d'urée et de chlorures éliminées sont à peu près identiques, par litre, pour l'un ou pour l'autre rein. Chez leur second malade, l'urine recueillie par l'uretère gauche, côté malade, est très légèrement louche et ne contient que 7 gr. 71 d'urée par litre ; on y trouve des traces d'albumine. L'urine émise par l'uretère droit est absolument limpide, dépourvue d'albumine ; la centrifugation ne donne aucun culot. Enfin chez ma malade, qui souffrait principalement du côté droit, dont les douleurs étaient devenues intolérables et qui présentait une grosse masse de périnéphrite dans la région lombaire du même côté, l'examen fonctionnel montrait que ce rein droit était bon et que le rein gauche fonctionnait moins bien. Les quantités d'urines, d'urée, de sucre et de chlorures étaient inférieures du côté droit et il y avait des traces d'albumine dans les urines des deux reins.

Hématuries. — L'hématurie est un symptôme fréquent, puisque sur les 92 observations que nous rapportons, nous la trouvons signalée dans 50 cas. Nous n'avons pas tenu compte de ceux où les malades ont eu des hématuries au début, à la suite d'un traumatisme, ou qui, dans leurs antécédents, ont eu des hématuries avec des émissions de graviers ou de sable. Nous avons aussi fait abstraction de tous ceux où l'examen microscopique seul décelait la présence de nombreux globules

rouges dans les urines. Si nous tenions compte de ces hématuries microscopiques, on pourrait dire que presque toutes les néphrites et périnéphrites douloureuses s'accompagnent d'hématuries.

Leur début est brusque, elles surprennent le malade qui est tout étonné de constater du sang dans ses urines.

Leur abondance est variable. Minime parfois, on ne les décele que par le microscope. Ce sont des hématuries de moyenne intensité, mais qui peuvent être si abondantes, dans des cas rares, il est vrai, qu'elles affaiblissent le malade.

Le sang est intimement lié à l'urine qui est uniformément teintée, et presque jamais l'on ne constate la présence de caillots. C'est là un fait caractéristique dans l'allure clinique de ces hématuries.

Elles sont remarquables par leur durée. Dans certains cas, on les a vu se reproduire à de rares intervalles. En général, elles persistent trois jours, quatre jours, un mois et l'on cite le cas des malades qui urinèrent du sang pendant un an. C'était le cas d'une malade de M. le Professeur Guyon.

Elles surviennent à un moment quelconque dans l'évolution de la néphrite douloureuse. Le plus souvent les malades ont présenté dans leurs antécédents des hématuries sans aucun autre symptôme, quand quelques années après, ils présentent une crise douloureuse. D'autres fois, au contraire, les crises douloureuses existent seules et ce n'est que dans la suite qu'elles s'accompagnent d'hématuries, et encore pas toujours. Leur apparition varie avec le début de la douleur. En général, la douleur les précède ; elle dure 12, 24 heures et apparaît alors l'hématurie qui la calme, ou bien elles précèdent la douleur de quelques heures ou même de quelques jours. Enfin, chez le même malade, elles apparaissent indifféremment avant, pendant ou après la crise douloureuse. Dans l'intervalle des crises, elles persistent plusieurs jours et disparaissent toujours plus tardivement que la douleur.

Elles ne sont influencées ni par le repos, ni par la fatigue, ni par le régime lacté.

Elles sont rarement bilatérales, presque toujours unilatérales, correspondent au rein douloureux, ce que l'on a pu constater dans la plupart des cas où l'examen cystoscopique a été pratiqué.

Enfin, ce qu'il y a d'étonnant, c'est que malgré leur persistance, malgré leur abondance, malgré leur longue durée, elles agissent très peu sur l'état général du malade. A part quelques rares observations où il est dit que le malade était épuisé et fatigué, on est étonné de voir comment leur état général est satisfaisant. Si ce n'était la douleur, ces malades ne seraient nullement gênés par leurs hématuries. Tous ces caractères ont été très bien étudiés par M. Albarran, dans sa leçon sur « les hématuries dans les néphrites », et dans sa thèse, Michaux les a bien soulignés.

CHAPITRE VI

ÉVOLUTION ET FORMES CLINIQUES

L'évolution de la maladie est essentiellement chronique. C'est une affection de longue durée qui agit très peu au début sur l'état général, surtout tant que les lésions restent unilatérales. Mais, peu à peu, les lésions progressent ; elles deviennent doubles, et dès lors, les symptômes de néphrite deviennent aussi accentués que le symptôme douleur. Les accidents de brightisme apparaissent et les phénomènes d'urémie constituent la dernière phase de la maladie.

Le tableau clinique n'est pas toujours le même et dépend de la prédominance de certaines lésions ou de certains symptômes. C'est ainsi que les lésions de périnéphrite peuvent prendre le pas sur les phénomènes congestifs du rein, ou au contraire ces derniers peuvent exister seuls, et alors on aura une forme périnéphrétique ou congestive de la maladie. Bien souvent les lésions sont associées, réagissent l'une sur l'autre et leurs manifestations cliniques s'ajoutent en quelque sorte les unes aux autres, c'est la forme mixte de la néphrite chronique douloureuse. Un symptôme comme l'hématurie, peut dominer le tableau pour constituer une forme hématurique. Enfin la douleur peut apparaître chez un brightique ou bien les signes du brightisme prennent secondairement une importance aussi grande que la douleur, c'est alors la forme brightique de la néphrite douloureuse.

1^o Forme périnéphrétique. — Nous trouvons cette forme chez le premier malade de Finocchiaro, un des malades de Simonin et de Tanton, et enfin la malade de l'hôpital Necker. Elle succède généralement au traumatisme. La douleur con-

tusive qui suit le traumatisme dure un temps variable et progressivement elle change de caractère. C'est une sensation de gêne, de pesanteur dans la région lombaire. Les malades présentent rarement des phénomènes aigus, des crises paroxysmiques. Ils se plaignent plutôt de la continuité de la douleur que de son acuité. Ils la localisent mal, car les régions douloureuses sont variables suivant les moments et surtout suivant les positions. Ils éprouvent des tiraillements qui gênent l'exécution de certains mouvements et il leur est parfois impossible de se coucher sur le côté opposé à la région lombaire douloureuse. Le malade de Simonin et Tanton ne pouvait ni fléchir ni étendre la colonne vertébrale. Il s'incurvait latéralement pour ramasser un objet par terre et il marchait raide et soudé, à petits pas pour immobiliser ses dernières dorsales, ses vertèbres lombaires et son pubis. Ma malade ne pouvait pas se coucher horizontalement, elle ne pouvait pas soulever la jambe du plan du lit et elle gardait toujours la position demi-assise. Rarement ces douleurs subissent un processus aigu, paroxysmique. Cependant le malade de Finocchiaro avait des crises qui survenaient tous les deux ou trois mois. La douleur ne reste pas localisée à la fosse lombaire, elle irradie le long du dernier nerf intercostal et des premiers nerfs lombaires. Elle est en ceinture, ne dépasse pas la ligne médiane et ne suit pas le trajet de l'uretère. Parfois même l'irradiation se fait plus loin et c'est ainsi qu'elle suivait le trajet du crural et du sciatique jusqu'aux genoux, chez le malade de Finocchiaro.

Dans cette forme, les symptômes urinaires sont très peu accentués. A l'exception de ma malade qui n'avait pourtant pas une grande quantité d'albumine, ils n'existaient pas chez les deux autres malades, et notamment chez celui de Simonin et de Tanton, il est dit que la constitution des urines ne pouvait faire soupçonner une altération chronique, même légère, du parenchyme rénal. Par contre, ce qui prend une importance de premier ordre, ce sont les renseignements fournis par l'exploration de la région douloureuse. La palpation superficielle ne réveille pas de la douleur, c'est plutôt la pression profonde

qui est douloureuse, mais pas suffisamment pour provoquer un état de défense des muscles de la paroi. On sent surtout une induration mal définie, une véritable tumeur parfois, lisse, irrégulière, qui se continue avec un empâtement de toute la région. Son volume était si gros chez la malade de Finocchiaro, que deux ans avant son entrée à l'hôpital, elle s'était crue enceinte. Son abdomen était globuleux à gauche et l'on sentait à ce niveau une tumeur du volume d'une tête de fœtus, à surface lisse, à consistance molle et élastique et même fluctuante en certains points. Cette fausse sensation de fluctuation peut donner lieu, comme l'on pense, à bien des erreurs de diagnostic. On sentait aussi très nettement une tumeur dans la fosse lombaire de ma malade. Il est rare que l'on ne sente rien, comme dans le cas de Simonin et de Tanton.

Ces malades ont un bon état général, et c'est plutôt la persistance de ce malaise et l'impossibilité de faire certains mouvements qui les rendent jusqu'à un certain point impotents et les font consulter.

2^e **Forme congestive.** — C'est dans cette forme que l'on trouve surtout les paroxysmes douloureux. Son début est brusque, sans cause connue. C'est parfois un ancien lithiasique qui autrefois a souffert de crises néphrétiques et a émis de petits graviers ; c'est presque toujours un arthritique, dont les urines contiennent souvent un fort dépôt de sables. En pleine santé, il est pris d'une crise douloureuse très intense qui revêt tout à fait l'allure de la colique néphrétique avec la même intensité et les mêmes irradiations. La crise dure quelques heures, quelques jours et tout rentre dans l'ordre. Cependant il persiste un endolorissement de la région lombaire, mais le malade n'éprouve pas comme précédemment cette sensation de tiraillements qui gênent les mouvements. Les crises se répètent à des intervalles très variables. Espacées au début, elle vont en se rapprochant, apparaissent tous les mois, toutes les semaines, puis tous les jours et même plusieurs fois par jour. La durée des crises est d'autant plus courte naturellement qu'elles sont plus rapprochées. Pendant la crise il est impossible d'ex

plorer la région lombaire par suite de la contracture des muscles de la paroi. Dans l'intervalle, on peut palper librement la fosse lombaire et l'on sent quelquefois le pôle inférieur du rein augmenté de volume et douloureux. On peut même arriver à sentir un petit ballonnement.

Les urines, pendant la crise, sont toujours foncées, chargées parfois de sable urique. Leur volume peut diminuer considérablement et même dans certains cas, on a signalé une anurie passagère. Elles renferment de l'albumine, des cylindres variés, le taux de l'urée et des chlorures est abaissé. Dans l'intervalle des crises, les urines ont leur aspect normal, mais on y trouve toujours des traces d'albumine et tous les signes d'une néphrite d'abord légère qui peuvent ensuite s'accroître et aboutir au brightisme avec ses conséquences.

3° Forme mixte. — Le plus souvent, les deux formes précédentes sont associées ou le deviennent secondairement. C'est surtout chez les lithiasiques qu'on la rencontre. La forme congestive apparaît d'abord et ensuite s'ajoutent les symptômes de périnéphrite. On sait en effet comment la périnéphrite chronique adhésive est fréquente chez ces malades. Ils ont alors des crises douloureuses congestives comme dans la forme précédente et dans l'intervalle des crises, ce sont les symptômes de la périnéphrite qui dominent. C'était le cas de la plupart des malades observés par Rovsing.

4° Forme brightique. — Cette forme de la maladie peut être, nous l'avons dit, l'aboutissant des formes précédentes, ou bien la douleur peut apparaître secondairement chez un brightique. Ici alors, les urines et l'état général prennent une plus grande importance que précédemment. Ce sont des néphrites doubles qui s'accompagnent de tous les petits accidents du brightisme signalés par Dieulafoy. Les douleurs peuvent varier de siège et passer d'un rein à l'autre, elles peuvent exister des deux côtés, mais elles sont ordinairement plus marquées et plus constantes au niveau du rein le plus malade. Pendant la crise douloureuse, il n'est pas rare d'observer des vomissements, parfois de la diarrhée, et c'est chez

ces malades que l'on constate souvent de l'anurie passagère, ou du moins de l'oligurie pendant tout le paroxysme douloureux. A cette période, la concentration urinaire est très faible et la quantité d'albumine toujours plus marquée. Dans l'intervalle des crises, les urines ont les caractères des urines brightiques. L'évolution de cette forme est, comme on le comprend, rapide. Cependant, un malade de Foisy commença à souffrir des reins, alors que depuis trois ans il présentait des accidents d'urémie. Une malade d'Ertzbischoff souffrait depuis l'âge de vingt ans de douleurs sourdes dans les reins. Vers l'âge de trente-six ans, commencent les petits accidents du brightisme, des crises d'urémie. Depuis cette époque, les douleurs lombaires ont augmenté ainsi que l'essoufflement, les palpitations et l'œdème des jambes.

5° **Forme hématurique.** — L'hématurie peut exister dans toute les formes de la néphrite douloureuse. Elle est plus fréquente cependant dans la forme congestive et elle apparaît en général quelques heures après la douleur. Ce qu'il y a de curieux dans cette forme, c'est que malgré l'abondance, malgré la répétition de l'hématurie, les malades ne s'affaiblissent pas de trop et redoutent plutôt la douleur que l'hématurie à laquelle ils semblent être habitués. Cependant, dans certains cas, elle peut arriver tout de même à affaiblir le malade et à l'anémier considérablement. Un malade de Loumeau eut, un an auparavant, une hématurie sans douleur, puis un endolorissement dans le rein gauche et le long du trajet de l'uretère. L'hématurie persista. Très affaibli, la peau et les muqueuses étaient décolorées, il présentait de l'essoufflement d'effort et des palpitations. Depuis quatre mois l'hématurie n'a pas cessé, elle est totale, le repos et la fatigue n'exercent aucune influence sur elle. Les douleurs du rein gauche sont soulagées par l'hématurie. La faiblesse du malade augmente, il peut à peine marcher et garde le lit. Si l'hématurie cesse, le rein gauche devient très douloureux et les souffrances ne cèdent que quand l'hématurie revient. Il en était de même d'un malade de Rovsing. Chez le même malade, son abondance peut varier. Légère,

à peine visible, il est nécessaire de la rechercher dans les urines. d'autres fois, au contraire, elle est si abondante que, fait exceptionnel, elle forme de gros caillots dans le fond du vase.

Quand l'hématurie s'ajoute à la forme brightique, elle peut être bilatérale ou passer d'un rein à l'autre.

Telles sont les formes cliniques que revêt la maladie, division toute schématique puisque, chez le même malade, elles s'associent le plus souvent. Mais quelle que soit la forme, la persistance de la douleur exerce, on le comprend, une fâcheuse influence sur le système nerveux de ces malades. Ils ne peuvent pas mener une vie active, sont dans l'incapacité de travailler et sont forcés de s'arrêter. Ils ne peuvent pas faire de longues marches, sont obligés de s'asseoir de temps en temps, de s'allonger sur une chaise longue, parfois même de s'aliter. Depuis deux ans, la malade opérée par M. Lenormant, passait sa vie dans la position demi-assise et ne faisait certains mouvements qu'avec mille précautions. De plus en plus la maladie va en s'accroissant, les lésions de néphrite progressent, les crises douloureuses deviennent plus fréquentes, et l'insuffisance rénale se manifeste avec toutes ses conséquences.

CHAPITRE VII

PATHOGÉNIE

§ 1. — Mécanisme de la douleur.

La douleur est donc sujette à de grandes variations dans son mode d'apparition, dans son intensité et dans ses irradiations, mais elle n'existe pas moins, et c'est là le point capital dans l'allure clinique de ces néphrites. Il est même curieux de voir comment des lésions parfois si minimes du rein peuvent donner lieu à des troubles si marqués. Aussi tous les auteurs qui se sont occupés de cette question se sont efforcés d'expliquer le mécanisme de la douleur et par suite d'en déduire des procédés thérapeutiques variés.

La première hypothèse émise est celle d'Israël qui attribuait la douleur à une congestion intense et à une tension intra-rénale. Le parenchyme augmente subitement de volume par suite d'une congestion aiguë, passagère, et comme le rein se trouve contenu dans une capsule fibreuse inextensible, il en résulte que les filets nerveux sensitifs sont comprimés et que la douleur apparaît. Notons qu'Albarran avait déjà invoqué ce mécanisme de la congestion intense du rein pour expliquer les symptômes qui accompagnaient certains cas de crise douloureuse dans le rein mobile, crise dite d'hydronéphrose intermittente, et où Albarran, par le cathétérisme urétéral, n'avait pu trouver la moindre trace de rétention dans le bassin. C'est par le même mécanisme qu'Israël explique l'hématurie, l'albuminurie, l'oligurie qui accompagnent si fréquemment la douleur. Sous l'influence de cette forte poussée congestive, les capillaires tendus compriment les éléments

nobles et troublent leurs fonctions, leurs minces parois peuvent céder et produire l'hématurie. La néphrite entraîne la congestion et la congestion agit à son tour sur le parenchyme en favorisant la sclérose. En somme, il considère les douleurs comme la suite naturelle de la congestion rénale qui peut n'être que transitoire.

Harrisson partage l'opinion d'Israël, car il a été frappé de l'état congestif du rein de tous les malades chez lesquels il est intervenu. La meilleure preuve de cette congestion intense de l'organe, cause sans nul doute de la douleur, est le jaillissement du sang en jet continu, après ponction de la capsule, comme s'il était poussé par une action contractile considérable qui le contraindrait à sortir de l'organe. De fait, beaucoup d'observateurs ont noté la tension intra-rénale et la tendance du parenchyme à faire hernie, sitôt l'incision de la capsule. Comme Israël, il admet également que sous cette influence congestive, par suite de la diapédèse et de la prolifération des éléments conjonctifs qui en sont la conséquence, la glande ressermée dans sa capsule inextensible, subit une entrave considérable dans ses fonctions qui, à la longue, peuvent s'abolir complètement.

Il est des cas où non seulement l'hématurie, preuve évidente de la congestion rénale, fait défaut, mais où les signes de néphrite n'existent pas cliniquement et semblent même manquer anatomiquement. C'était le cas de la malade de M. Albaran qui souffrait depuis longtemps, et qui après la néphrotomie présentait un rein macroscopiquement sain. Cependant un examen minutieux du parenchyme permit de découvrir un point très localisé de sclérose. Pour expliquer ces faits, Israël émet une deuxième hypothèse et attribue la douleur à la contraction passagère de l'uretère et à la tuméfaction momentanée de sa muqueuse. C'est, d'après lui, le même mécanisme qui explique l'apparition de la douleur dans le rein mobile et dans l'étranglement intestinal. Ce sont des douleurs réflexes dues à un spasme de l'uretère. Sans chercher à expliquer la douleur rénale dans ces deux affections, nous savons que les lésions

de néphrite ne sont pas rares dans les reins mobiles, puisqu'Ertzbischoff les a toujours trouvées, et d'autre part, nous savons l'influence des toxines d'origine intestinale sur le parenchyme rénal.

Rovsing est d'un avis contraire. Chaque fois qu'il y avait de la douleur, quelle que fût la forme de néphrite, il existait des lésions de la capsule propre, soit par une compression, soit par des tractions. Tantôt, la compression était produite par une collection sous-capsulaire, mais le plus souvent, elle était due à des masses périrénales inflammatoires, soudées fortement à la capsule propre et qui la tiraillaient à chaque mouvement. De plus, par leur rétraction, ces masses périrénales comprimaient fortement la capsule propre contre le rein qui, de son côté, exerçait une poussée contraire sur elle. Il semble que dans les néphrites, les douleurs n'apparaissent que quand la capsule propre est pathologique. L'explication de ce fait, d'après lui, réside dans l'insensibilité du parenchyme rénal qui serait dépourvu de nerfs sensitifs, fait constaté par lui, dans des cas où il a été obligé de laisser le rein à découvert dans la plaie ou d'opérer sans anesthésie. Au contraire, la capsule rénale est pourvue de nerfs sensitifs provenant des nerfs lombaires et dorsaux. La douleur dont la cause réside pour lui dans l'irritation de ces derniers et qu'il a appelée douleur rénale proprement dite, est une douleur véritablement lombaire, tout à fait différente de la colique néphrétique qui est une douleur urétérale et n'est jamais provoquée par un obstacle qui gênerait le libre passage de l'urine. Il s'élève absolument contre l'opinion d'Iraël qui pense que la tuméfaction inflammatoire et la tension intra-rénale due à la compression de la capsule propre puisse provoquer la douleur rénale.

Le Dentu et Folet expliquent le mécanisme de la douleur de la même manière que Rovsing. Folet surtout insiste sur le rôle sclérogène de la capsule propre en désignant sous le nom de pachycapsulite ce processus inflammatoire.

Mais il est des cas où la douleur ne peut être attribuée à la périnéphrite qui n'existe pas. Aussi Perez invoque un facteur

mécanique. La crise douloureuse coïncide souvent avec le passage d'urates dans les urines. Ces sels irriteraient le parenchyme rénal, détermineraient une congestion intense de la glande qui aboutirait à l'hématurie. D'autre part, les concrétions d'urates qui se forment dans les pyramides, donneraient lieu à une distension des tubes urinifères et par suite à de la douleur. Cette hypothèse qui peut expliquer certains cas, est insuffisante pour expliquer la douleur dans beaucoup d'autres cas, notamment dans ceux où la néphralgie apparaît à la suite d'un traumatisme, d'une compression ou d'un hématome.

Toutes ces théories sont insuffisantes et il faut être éclectique. Tout d'abord, il est un point sur lequel je veux attirer l'attention. Dans les néphrites douloureuses hématuriques, la douleur ne peut pas être la conséquence de l'hématurie, des caillots qui obstruent l'uretère et donnent lieu à une véritable crise de colique néphrétique. Dans toutes les observations, on insiste sur l'absence des caillots dans les urines, le sang est intimement mélangé à l'urine ; dès lors on ne peut pas invoquer ce facteur mécanique qui est parfois la cause de vives douleurs dans la tuberculose et dans le cancer du rein. D'autre part, l'hématurie suit en général la crise douloureuse et s'accompagne d'une rémission des symptômes, mais c'est deux ou trois jours après le début de la douleur qu'apparaît l'hématurie et par conséquent il n'y a aucune relation de cause à effet entre les deux symptômes. Si avec l'hématurie, la douleur se calme, c'est l'effet de la décongestion du rein et non de la désobstruction de l'uretère. Enfin, il est des cas où l'hématurie précède ou accompagne la douleur, et il est même des fois où l'hématurie survient seule dans des intervalles éloignés des crises douloureuses.

Comment donc expliquer la douleur dans tous les cas ? Je crois que la capsule agit sur le rein et que réciproquement le parenchyme glandulaire agit aussi sur sa capsule pour essayer de la détendre et que dans la plupart des cas, ces deux mécanismes s'associent. Quand il n'existe que des lésions de néphrite, sous l'influence des poussées congestives, du gonfle-

ment, de la tension de la glande, le rein se trouve à l'étroit dans sa capsule fibreuse propre inextensible, il s'étrangle en quelque sorte, comprime les filets nerveux et devient douloureux ; si cette capsule fibreuse est déjà épaissie et présente des lésions de p^achycapsulite, comme l'a appelée Folet, l'expansion de la glande sera encore moindre, car l'extensibilité de la capsule deviendra en quelque sorte plus limitée. Enfin, si aux lésions de la capsule propre, s'ajoutent des indurations de la capsule graisseuse, des adhérences intimes entre le rein et sa loge, des gangues fibreuses qui compriment l'organe et l'étouffent, on comprend qu'aux douleurs réveillées par la congestion du rein bridé de toutes parts, s'ajoutent des douleurs périrénales de tiraillements, des douleurs de la loge lombaire, comme les a appelées Rovsing, et ainsi nous nous expliquons les formes congestives périnéphrétiques et mixtes que nous avons décrites.

C'est aussi l'avis de Pousson. D'après lui, les douleurs des néphrites médicales, comme celles de certaines affections chirurgicales du rein, reconnaissent pour cause la compression de l'organe malade par sa capsule sclérosée. Il se rallie donc à l'opinion de Folet, mais il pense, avec Harrisson et Israël, que le rôle de l'enveloppe fibreuse du rein épaissie et indurée est plutôt passif et que le parenchyme rénal est l'agent actif de son étranglement au moment des poussées congestives, auxquelles il est exposé du fait de son inflammation chronique. Ces poussées congestives sont, d'après lui, la conséquence des lésions vasculaires, qui tiennent une place toujours importante dans toute néphrite, et qui font que la circulation pouvant encore s'effectuer en temps ordinaire s'embarrasse au moindre trouble.

§ 2. — Quel est le siège de la douleur ?

La réponse serait facile si nous connaissions les terminaisons des nerfs sensitifs rénaux, mais l'anatomie n'est pas précise sur ce sujet. Comme nous l'avons déjà dit, d'Evant a observé plusieurs ganglions intra-rénaux conformes à la description déjà donnée par Valentin, et des terminaisons libres parenchymateuses, probablement sensibles. D'après Rovsing, la capsule seule présenterait des nerfs sensitifs provenant des nerfs dorsaux et lombaires, le parenchyme glandulaire serait insensible, car ses nerfs proviennent de ceux de la vie végétative du plexus solaire, fournis par le grand et le petit splanchnique et le vague. Il se base aussi sur ce fait clinique que la douleur dans les néphrites et les périnéphrites chroniques douloureuses, est une douleur lombaire qui irradie le long des nerfs lombaires, mais jamais le long de l'uretère. C'est là une erreur, car la douleur peut simuler à s'y méprendre la crise de colique néphrétique, comme nous l'avons vu, avec les mêmes irradiations le long de l'uretère. On peut, suivant la remarque de Quattro-Ciacchi, comparer la douleur du rein à celle du foie, du testicule et de la rate, organes qui sont également recouverts par une membrane propre. La distension intra-rénale comprime les filets nerveux intra-parenchymateux, lesquels filets nerveux sont les terminaisons libres, sensibles, observées par d'Evant. Dans le même moment, la distension agit aussi sur la membrane et tire les nerfs qui s'y distribuent, nerfs sensitifs qui, d'après Rovsing, se trouveraient uniquement dans la capsule.

Chez leur premier malade, Simonin et Tanton expliquent ainsi le siège de la douleur. Ils rappellent que dans la masse cellulo-adipeuse péri-rénale, placée entre l'aponévrose du muscle carré des lombes et le feuillet de Zuckerkandl, cheminent le douzième nerf intercostal, le grand abdomino-génital, et le petit abdomino-génital, tous deux branches du plexus

lombaire. Les rapports intimes de ces nerfs avec le rein et sa capsule adipeuse, expliquent très bien, d'après eux, les douleurs locales vives, avec irradiations éloignées jusque dans les bourses, dont se plaignent si souvent les anciens traumatisés de la région rénale, qu'il s'agisse d'une compression par englobement dans une cicatrice de périnéphrite adhésive, ou encore d'une véritable névrite par propagation de la réaction inflammatoire développée au niveau du rein et de sa capsule. Chez leur second malade, ils pensent que les algies qu'il accusait ne semblent pas devoir être rattachées, comme dans le cas précédent, à des lésions nerveuses extra et périrénales, mais bien à l'innervation propre du rein, aux réseaux entourant les artérioles de mailles dans lesquelles sont disséminés un certain nombre de petits ganglions. L'irradiation de la douleur d'origine rénale à l'uretère s'expliquerait par les anastomoses du plexus rénal et du plexus uretéral et l'irradiation à la sphère génitale par les anastomoses du plexus rénal et spermatique.

L'irradiation de la douleur à point de départ rénal, à la paroi lombaire en suivant le trajet des nerfs lombaires s'expliquerait facilement, comme le dit Pasteau (1), d'après la théorie admise aujourd'hui de la métamérisation primitive de la moelle et de la constitution intrinsèque des nerfs segmentaires. Les organes viscéraux profonds répondraient à des centres médullaires fixes auxquels correspondraient d'autre part des segments de l'enveloppe musculo-cutanée du corps et certaines branches nerveuses bien déterminées. D'après les travaux de Head, les zones superficielles correspondant au rein et à l'uretère sont innervées par les deux dernières paires dorsales et la première lombaire. C'est ainsi que Pasteau explique les points douloureux rénaux : le point inguinal correspond aux nerfs abdomino-génitaux, le point sus-intraépineux au fémoro-cutané et le point sus-iliaque latéral, au point d'émergence du dernier nerf intercostal ou du premier nerf lombaire. Tous ces

(1) PASTEAU, Les points douloureux rénaux, *Comptes rendus de l'Association française d'urologie*, 44^e session, Paris, 1907.

nerfs, comme on le voit, ont d'après Head, leur origine dans le métamère médullaire rénal.

§ 3. — Périodicité de la crise douloureuse.

Un des caractères de la douleur est sa persistance et sa ténacité ; mais elle n'est pas toujours aussi vive, et si le malade se plaint constamment de gêne, de pesanteur dans la région lombaire, il est des moments où la souffrance devient intolérable. Elle procède par crises paroxystiques. La question se pose alors de savoir comment il se fait que s'il existe d'une façon permanente un facteur qui détermine un accès névralgique, celui-ci ne persiste pas également avec la même intensité ?

Comme le dit Quattro Ciochi, à ceux qui ne comprennent pas les névralgies paroxystiques séparées par des rémissions plus ou moins prolongées, alors que dans les reins il existe des lésions permanentes, on peut dire que l'on voit la même chose dans les maladies du système nerveux. En effet, dans l'ataxie locomotrice, les dégénérescences du cordon postérieur de la moelle sont constantes, et cependant rien n'est plus variable que l'apparition des douleurs fulgurantes. Elles procèdent par crises paroxystiques comme dans les néphrites douloureuses et nous ne nous l'expliquons pas.

Dans l'angine de poitrine, les lésions des coronaires et du plexus brachial persistent et, cependant les accès d'angor sont intermittents. On peut aussi citer l'épilepsie jacksonienne dont les crises sont intermittentes, bien que la compression cérébrale par tumeur, hématome ou enfoncement de la voûte crânienne soit constante. Les douleurs ne persistent jamais sans une forme aiguë aussi intense. Elles procèdent toujours par paroxysmes, car il semble qu'à un moment l'influx nerveux soit épuisé et que le système nerveux ne soit plus capable de réagir d'une façon aussi vive. De plus l'organisme

semble s'accoutumer et s'adapter pendant un certain temps, mais sous l'influence d'un mouvement, d'une pression, d'un effort, l'équilibre se rompt, l'accoutumance n'existe plus et la douleur reparait. Il faut tenir encore compte de la nature du sujet. Tous les organismes ne réagissent pas de la même façon, et il est évident qu'un sujet dit lymphatique ne sentira pas de la même façon qu'un névropathe. Il suffit de causes bien minimales et souvent nulles pour réveiller les plus vives souffrances chez une hystérique. On peut, à l'autopsie d'un malade mort d'une cause quelconque, rencontrer des lésions très prononcées d'aortite, de coronarite, de névrite du plexus cardiaque, et cependant de son vivant il n'aura jamais présenté de crises d'angine de poitrine, alors que d'autres, avec des lésions moins prononcées, auront eu des crises intenses et répétées. Tout ceci prouve donc qu'il existe, indépendamment de toute cause locale de douleur, quelque chose de personnel dans la production des phénomènes spasmodiques.

« Tous les phénomènes d'ordre nerveux, dit Quattro-Ciacchi, trouvent une base dans des altérations anatomiques, mais leurs manifestations s'expliquent par un fond névropathique personnel. Ainsi nous ne saisissons pas bien les phénomènes laryngés qui donnent lieu à des sensations de strangulation, de spasme de la glotte, ceux de l'œsophage qui donnent lieu à de l'œsophagisme et les attaques d'asthme provoquées par des polypes du nez. »

Indépendamment du terrain, du facteur personnel on peut expliquer l'intermittence de la douleur d'une autre façon. Une fois que la lésion rénale est constituée, il se produit des troubles fonctionnels et le rein s'adapte à son état pathologique. Sous une influence quelconque, s'il se produit une congestion qui rompt l'équilibre momentanément établi, ces troubles de la circulation rénale apporteront une gêne à la nutrition des éléments nerveux sensitifs et feront reparaitre la douleur.

Pousson explique de la même façon la crise douloureuse. « Sous l'influence de la congestion, le rein gorgé de sang par place ou dans toute son étendue, augmente de volume et subit

du fait de sa capsule s'opposant à son expansion une compression qui retentit sur tous ses éléments anatomiques, y compris les ramifications nerveuses. Le rôle de la congestion que j'invoque s'accorde bien avec la physionomie clinique des douleurs, qui, sourdes et continues chez quelques malades, se manifestent chez le plus grand nombre sous forme de crises aiguës paroxystiques, survenant sous les mêmes influences et parfois à intervalles réguliers. »

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la néphrite et de la périnéphrite chronique douloureuse ne se fait pas facilement. Les rares auteurs qui y ont pensé, y sont arrivés en procédant par élimination et ils ont hésité entre la néphrite et autre chose. De l'étude symptomatique que nous venons de faire, on peut voir que rien ne caractérise cette affection. La douleur est variable et revêt plutôt l'allure de la colique néphrétique. Les hématuries, quand elles existent, peuvent simuler aussi bien celles de la tuberculose rénale, de la lithiasé ou du cancer. L'examen des urines montre bien des lésions de néphrite, mais nous savons que la tuberculose, la lithiasé et le cancer du rein s'accompagnent constamment de lésions néphrétiques. M. Albarran, qui a étudié ces lésions dans la lithiasé et dans la tuberculose rénale, a présenté au Congrès d'urologie de 1900 les résultats de ses recherches sur les lésions de néphrite dans les reins cancéreux. Sur onze reins atteints d'épithélioma, il a toujours trouvé dans les portions de parenchyme éloignées de la tumeur des lésions étendues, graves de néphrite.

Le diagnostic est rendu encore plus difficile quand la douleur existe seule sans hématurie. L'attention peut ne pas être attirée sur le rein, et l'on peut incriminer le foie ou l'appendice et penser quelquefois à une névralgie lombo-iliaque comme chez le malade de M. Albarran. L'observation du malade de M. Bezançon, opéré par M. Tuffier, est bien faite pour nous montrer ces erreurs d'interprétation de la douleur. En septembre 1907, il est pris, au bord de la mer, de douleurs qualifiées de lumbago. En 1908, à la campagne, il est pris à nou-

veau de phénomènes douloureux dans la région lombaire avec prédominance assez marquée à droite pour que le médecin porte le diagnostic de colique hépatique. Vers la fin de 1908, il est pris de nouveau, à la campagne, d'accidents analogues du côté droit, à siège un peu différent, car le diagnostic porté cette fois, fut celui d'appendicite. Son état général est très touché et il met longtemps à se remettre. En janvier 1909, il est repris pour la quatrième fois, à Paris, d'une crise caractérisée par des douleurs lombaires extrêmement vives avec irradiations douloureuses dans la fosse iliaque droite et au point cystique. Il existe de la défense de la paroi dans toute la partie droite du ventre, une sensibilité exquise de la peau qui empêche tout palper, des vomissements alimentaires et bilieux et une température à 39°. Il était impossible, le premier jour, de savoir si c'était de l'appendicite ou de la cholécystite et rien ne faisait prévoir d'une façon précise, sauf la douleur lombaire, la possibilité d'accidents rénaux. Aussi le malade fut mis à la diète avec de la glace sur le ventre et on lui prescrivit de l'opium. Ce ne fut que le lendemain que les urines de couleur noirâtre attirèrent l'attention. Leur examen montra l'absence de pigments biliaires et la présence de globules rouges en grande quantité. Aussi, M. Tuffier appelé, pensa à un calcul rénal et à l'opération on ne trouva que de la périnéphrite chronique sans calcul.

Il est donc important de faire un examen soigné des urines des malades, car l'hématurie qui manque rarement dans la néphrite douloureuse attire de suite l'attention sur le rein. Cette hématurie est légère dans beaucoup de cas pour passer inaperçue, mais le microscope permet de reconnaître la présence des globules rouges dans les urines. Sans recourir au microscope, on peut se servir de la réaction de Meyer qui est positive alors même que le sang se trouve dans l'urine dans la proportion de 1 pour 100.000. Non seulement, MM. Albarran et Heitz-Boyer (1) ont pu produire la réaction avec des

(1) ALBARRAN et HEITZ-BOYER, Procédé simple pour la recherche du sang dans les urines, *Presse médicale*, 19 mai 1909.

urines parfaitement claires, d'apparence normale, mais ils l'ont constatée même dans les cas où le microscope ne permettait de reconnaître dans l'urine centrifugée que de rares globules rouges.

Parfois, au moment des crises douloureuses, il existe des troubles de la miction, du ténesme et des besoins fréquents d'uriner et l'on peut croire à une lésion vésicale. On fera la cystoscopie qui montrera une muqueuse saine. On verra les orifices urétéraux et dans le cas d'hématurie on verra l'uretère qui saigne. On recueillera aseptiquement les urines pour en faire l'examen histo-bactériologique, sans oublier de faire l'inoculation au cobaye. Enfin, l'exploration fonctionnelle des urines par le cathétérisme urétéral montrera exactement le degré des lésions rénales et la valeur de chaque glande.

Néanmoins, tous ces renseignements ne permettent pas de faire le diagnostic de la néphrite douloureuse. Dans les observations que nous rapportons, sans compter celle de M. Bezangon, nous avons relevé 25 cas où il est parlé du diagnostic avant l'opération. Dans les autres, il n'en est pas question, mais pour la plupart on comprend que l'on était intervenu, croyant trouver un calcul, car les auteurs font ressortir l'absence de tout calcul dans le bassinet ou les calices.

Sur ces 25 cas, le diagnostic d'hydronéphrose fut fait une fois. Il s'agissait d'une malade de Perez âgée de 22 ans, qui, depuis l'âge de douze ans, avait des douleurs dans le flanc gauche, à chaque époque. Il y a 4 ans, après un arrêt temporaire des règles, elle eut des crises douloureuses dans le flanc gauche avec irradiation à l'épigastre, au nerf sciatique et à la colonne vertébrale. Les crises se produisirent d'abord tous les deux ou trois mois puis elles devinrent plus fréquentes. Son ventre augmentait notablement. A certains moments elle avait des mictions très abondantes qui semblaient coïncider avec la diminution de la tuméfaction abdominale. Les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine, mais le taux de l'urée avait diminué. A l'opération, on constata une grosse périnéphrite sans hydronéphrose. La cause de l'erreur ici est due

naturellement à la tumeur qui existait dans la fosse lombaire et au fait qu'elle semblait diminuer après une décharge urinaire. Si le cathétérisme urétéral avait été fait et si l'on avait essayé de prendre la capacité du bassin, on aurait pu peut-être l'éviter. C'est ce qui nous permit récemment de faire un diagnostic. Il s'agissait d'un malade, âgé de 24 ans, qui entra à la salle Velpeau, car depuis trois ans, tous les trois mois environ, il avait des crises douloureuses très vives dans la fosse lombaire gauche. Ces douleurs duraient trois ou quatre jours, jusqu'à l'apparition de l'hématurie qui le soulageait et durait parfois huit jours. Douleurs et hématuries présentaient les mêmes caractères que ceux de la néphrite hématurique douloureuse. M. Marion et mon collègue Eliot voient le malade et ils hésitent tous deux entre une tuberculose rénale et une néphrite douloureuse hémorragique. Rien dans les antécédents ne faisait penser à de la lithiasie. L'exploration la plus minutieuse de la fosse lombaire ne révélait aucune tumeur et ne permettait pas de sentir le rein. L'examen histobactériologique des urines ne décèle la présence d'aucun microbe, ni de bacille de Koch, ni d'éléments figurés. D'ailleurs les urines étaient parfaitement claires. On fait une inoculation au cobaye et en attendant, je pratique la cystoscopie et le cathétérisme urétéral pour apprécier la valeur fonctionnelle des reins. Je fus très surpris, en essayant de prendre la capacité du bassin du rein gauche, de constater que je pouvais injecter 240 grammes de liquide avant de réveiller aucune douleur. La sonde véricale de contrôle me montrait bien que rien ne s'écoulait dans la vessie. Il s'agissait donc d'une hydronéphrose, et pourtant l'on déprimait facilement la fosse lombaire sans sentir aucune tumeur. C'est un fait sur lequel M. Albaran a attiré l'attention que dans les hydronéphroses non distendues, on peut ne pas sentir la tumeur. L'examen fonctionnel nous montra que le rein gauche était complètement détruit et qu'il s'agissait d'une grosse hydronéphrose. L'opération confirmait en tout point le diagnostic qui n'aurait pas pu être fait sans cela, car, comme l'inoculation au cobaye aurait été

négative, on aurait diagnostiqué une néphrite hémorragique douloureuse.

Finocchiaro chez un de ses malades qui présentait une grosse masse dans la fosse lombaire avec crises douloureuses très intenses, hésita aussi entre un calcul du rein et une hydronéphrose. C'était une périnéphrite. Il est vrai que la tumeur semblait fluctuante et légèrement mobile, ce qui n'est pas le fait de la périnéphrite qui donne une sensation d'empatement, de masse complètement immobile et à limites peu précises. D'ailleurs, Rovsing insiste sur la difficulté de certains cas et apporte un exemple qui prouve que l'on doit accepter sous toutes réserves, le diagnostic de néphralgie hématurique. Il s'agissait d'un malade qui, en septembre 1898, entra dans son service. Depuis de longues années, il ressentait de vives douleurs paroxystiques dans la région rénale gauche et qui s'étaient compliquées dans les dernières années d'une hématurie momentanée. Entre les crises, les urines étaient normales et n'avaient jamais contenu ni sable, ni calculs, ni acide urique. L'opération montra qu'il s'agissait d'une hydronéphrose partielle de la moitié supérieure du rein et qui était causée par un cordon vasculaire anormal. Celui-ci s'étendait obliquement de la pointe du pôle inférieur du rein jusqu'au pédicule, passant contre la face postérieure du rein et du bassin ; si bien que celui-ci se trouvait à califourchon sur ce cordon. Lorsqu'on remplissait vivement avec un liquide la partie supérieure du bassin, celui-ci se disposait sur le cordon, en forme de sac, attirant la partie supérieure de l'uretère qui se trouvait retourné. Après avoir coupé ce cordon vasculaire, la guérison se produisit.

Nous avons déjà parlé du malade de M. Albarran qui souffrait depuis quatre ans et chez lequel on avait porté le diagnostic de névralgie lombo-iliaque, car à part une petite albuminurie, rien n'attirait l'attention sur le rein. Ce ne fut qu'ensuite qu'il eut une hématurie qui dura trois jours et que M. Albarran fit le diagnostic probable de néphrite douloureuse hématurique.

Chez un malade, Rovsing fit le diagnostic de néoplasme ; chez un autre, il hésita entre un sarcome du rein et une néphrite douloureuse hémorragique, et enfin chez un troisième, entre un calcul et une tumeur. Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade qui avait eu, trois semaines auparavant, une forte hématurie, avec caillots, sans douleur, mais le lendemain les douleurs apparurent et l'hématurie recommença et persista 14 jours. On comprend l'erreur, par suite du début récent de la maladie, car, en général, la très longue évolution de l'affection permet d'écarter toute idée de néoplasme. Chez son second malade, on comprend qu'il ait pensé à un sarcome puisqu'il avait été opéré auparavant d'un mélanosarcome développé sur le côté gauche du thorax. Enfin, dans le troisième cas, malgré la longue évolution de la maladie, puisque les douleurs existaient depuis cinq ans, l'abondance de l'hématurie qui persista pendant quatorze jours, amaigrit et épuisa considérablement le malade, lui fit penser à un néoplasme sans rejeter la possibilité d'un calcul.

Dans trois cas, MM. Loumeau, Albarran et Pousson hésitèrent entre la néphrite et la tuberculose rénale. Ce n'est pas lorsque la tuberculose rénale donne lieu à des urines purulentes que le diagnostic est difficile, c'est au début, alors que rien ne peut faire certifier la nature de la lésion, que l'on est embarrassé. Aussi, il faudra répéter les examens bactériologiques et les réinoculations au cobaye. Ce diagnostic, alors que l'examen bactériologique est négatif, est d'autant plus difficile au début, qu'il existe des douleurs lombaires de la tuberculose hémalogène qui résultent des poussées congestives gonflant le parenchyme rénal se mettant en quelque sorte à l'étroit dans la capsule fibreuse faiblement extensible et l'étranglant, des douleurs lombaires de la tuberculose urétérogène ou ascendante dues à la périnéphrite ayant déterminé des adhérences plus ou moins sensibles aux tiraillements, et enfin des douleurs dues au passage dans l'uretère de grumeaux caséux et purulents qui engendrent les symptômes de la colique néphrétique.

La tuberculose rénale peut évoluer suivant une forme clinique, où la douleur existe seule à l'exclusion de tous les autres symptômes. Cette forme douloureuse est aujourd'hui bien connue. Récemment, Loumeau (1) attirait l'attention sur une femme de 36 ans, atteinte de bacillose rénale primitive et où l'élément douleur existait seul. Elle avait des crises paroxystiques spontanées, d'une acuité très grande, qui l'immobilisaient complètement : ces crises qui étaient séparées par des périodes d'euphorie complète ressemblant à la guérison, remontaient à plusieurs années et augmentaient de durée comme d'intensité. Elles avaient donc tout à fait l'allure des crises douloureuses de la néphrite. Ce furent d'ailleurs pour elles qu'il intervint, et il trouva un petit rein rétracté sans périnéphrite, avec des lésions tuberculeuses et de grosses lésions de néphrite scléreuse. Il explique ces douleurs par des poussées congestives développées autour des nodules tuberculeux et de la sclérose défensive par laquelle l'organe luttait contre le bacille de Koch. Ces poussées congestives de plus en plus intenses tuméfiaient et étranglaient le rein dans sa capsule inextensible pour donner lieu, suivant la comparaison d'Harri-son, à un glaucome rénal et pour produire une forme de douleurs paroxystiques.

A propos de ce cas, Loumeau essaie d'établir un diagnostic différentiel entre la tuberculose rénale, la lithiasé et la néphrite douloureuse. L'hypotension artérielle, d'après lui, pourrait aider au diagnostic et permettre de distinguer la tuberculose rénale de la lithiasé dans laquelle la tension artérielle est normale ou même élevée. Au contraire, l'hypertension vasculaire et l'hypertrophie du cœur seraient presque la règle habituelle dans la plupart des néphrites douloureuses chroniques non compliquées de tuberculose. Mais cette hypertension et cette hypertrophie du cœur qui existent chez les brightiques, ne sont pas signalés dans les observations de malades atteints de néphrites unilatérales ou partielles, cas de

(1) LOUMEAU, *Annales des org. génito-urin.*, 3 février 1940.

beaucoup les plus fréquents dans cette variété de néphrite douloureuse.

Enfin, sur les 25 cas où le diagnostic a été fait, 13 fois on a pensé à un calcul et 3 fois on a hésité entre un calcul et une néphrite. Ces chiffres montrent bien l'erreur fréquente, et, de fait, c'est presque toujours à la lithiase rénale que l'on pense. L'erreur est d'autant plus facile que la douleur est la même et l'hématurie peut présenter les mêmes caractères. Souvent, comme nous l'avons dit, on trouve dans les antécédents des malades, l'expulsion de petits graviers, et il n'est pas rare de rencontrer du sable dans leurs urines. Le microscope révèle la présence de cristaux variés, et c'est là un des caractères des urines des néphrites douloureuses.

Le seul moyen de diagnostic est la radiographie, surtout comme la pratique Arcelin qui est arrivé à reconnaître des calculs pesant quinze à vingt centigrammes. Il recommande l'emploi de la sonde urétérale qui facilite leur découverte. Néanmoins, l'emploi de la radiographie, bien que de première importance, peut dans certains cas induire en erreur : certains calculs peuvent se laisser traverser par les rayons ; cela est connu pour les pierres uriques, mais peut arriver aussi pour les calculs de phosphates ou d'oxalates ; de même on peut avoir une ombre sur l'épreuve et, à l'opération, ne trouver aucun calcul ; dans certains cas, cela s'explique par des lésions anatomiques du rein ou par un défaut de la plaque. L'intestin mal vidé peut être une cause d'erreur par l'ombre produite par les scybales. Un calcul biliaire peut être pris pour un calcul rénal, et nous avons vu un calcul épiploïque être pris pour un calcul rénal. Enfin, divers corps peuvent simuler un calcul, ce sont les ossifications des muscles, des tendons, des cartilages costaux, les kystes dermoïdes, les cavernes à parois calcifiées, les vaisseaux athéromateux. Toutes ces ombres seraient fixes, d'après Arcelin, et prévenu de leur possibilité, on pourrait éviter l'erreur.

Malgré tout, on peut croire à un calcul qui n'existe pas et méconnaître la néphrite douloureuse, ou au contraire croire

à une néphrite alors qu'il s'agit d'un calcul. Une malade d'Edebohls, âgée de 44 ans, qui souffrait de douleurs dorsales et lombaires depuis l'âge de trente ans, fut prise, il y a quatre ans, de douleurs violentes dans la région lombaire qui durèrent plusieurs mois. La radiographie montra l'existence de trois calculs dans l'uretère gauche. A l'opération, on vit qu'il ne s'agissait pas de calculs mais de périnéphrite et de périurétérite scléreuse. D'autre part, une observation faite, il y a quelques années, par Rovsing, l'a rendu très réservé sur le diagnostic de néphrite chronique douloureuse. Un garçon de six ans présentait une hématurie se répétant continuellement, parfois indolore, mais ordinairement accompagnée d'une douleur dans la région rénale gauche. Le diagnostic était incertain, mais Rovsing penchait plutôt pour un calcul, et à l'opération, le rein était absolument sain et le bassinet aussi : une sonde passait facilement tout le long de l'uretère jusque dans la vessie. Disparition des douleurs et de l'hématurie, aussitôt après l'opération et il croyait avoir affaire à un cas de néphralgie hématurique, lorsque un an après l'opération, ce petit garçon lui fut ramené avec une rétention d'urine due à un calcul arrêté dans l'urètre et qui était sans doute bien, d'après lui, le calcul rénal qui avait provoqué auparavant l'hémorragie et les douleurs.

Ces cas montrent donc l'erreur possible, malgré tous les moyens de diagnostic.

Nous résumons ici les 25 cas où le diagnostic avait été fait avant l'opération :

Calcul	13
Calcul ou néphrite	3
Calcul ou tumeur	1
Tuberculose ou néphrite	3
Néphrite ou sarcome	1
Néoplasme	1
Névralgie lombaire	1
Hydronéphrose ou calcul	1
Hydronéphrose	1
Total	25

Ce tableau montre la difficulté du diagnostic. Si, dans certains cas on a pensé à la néphrite ou à la périnéphrite chronique douloureuse, on a toujours hésité à l'affirmer, car rien ne permet de le faire.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Quel que soit le diagnostic, la douleur commande l'intervention. Le traitement médical n'exerce aucune action, les révulsions et les saignées au niveau de la région lombaire sont insuffisantes, l'intervention chirurgicale seule assure la guérison. C'est encore un caractère important qui distingue cette variété de néphrite des autres formes de néphrite chronique. Les résultats opératoires sont très brillants, et l'on peut dire, autant d'opérations, autant de succès. Les douleurs disparaissent immédiatement, les hématuries, quand elles existent, cessent complètement et les malades apprécient d'autant plus les heureux effets de ce traitement radical qu'il y avait plus longtemps qu'ils souffraient. Toutes les observations se ressemblent à ce point de vue, car aussitôt après l'opération, plus de douleur, plus d'hématurie et plus aucun symptôme. La néphrite, elle-même, dans certains cas, semble subir l'heureux contre-coup de la disparition de ces phénomènes congestifs. On souligne dans plusieurs observations la disparition de l'albumine et des symptômes urinaires de la néphrite. Dans les cas où l'on est intervenu chez des brightiques qui souffraient, les phénomènes urémiques se sont amoindris : la quantité des urines se relève, le taux de l'urée et des chlorures augmente dans des proportions considérables. Est-ce à dire que les lésions de néphrite régressent. Non, évidemment, mais il s'établit un certain équilibre circulatoire qui suffit à assurer la dépuración urinaire et à faire disparaître les accidents urémiques qui menaçaient la vie. Dans les cas où les lésions sont unilatérales, comme c'est le plus fréquent, et où

même elles sont parcellaires, elles peuvent rester localisées, ne pas envahir davantage le parenchyme glandulaire et par conséquent compter jusqu'à un certain point pour une guérison. En effet, dans les néphrites chroniques, le processus néphritique est discontinu, la maladie agit par à-coups. On voit des crises d'urémie survenir parfois à de très longs intervalles. Cela prouve bien qu'un certain équilibre s'est établi qui a maintenu un état circulatoire suffisant pour assurer pendant ce temps la dépuratation urinaire. Je connais une malade atteinte de néphrite chronique depuis douze ans. Il y a dix ans, elle fit des accidents d'urémie très grave. Depuis ce temps, elle se porte très bien et ne souffre pas de ses lésions. De temps en temps quand elle éprouve une dyspnée par trop accusée et que les petits signes de brightisme sont plus prononcés, elle se met au régime lacté et tout disparaît en quelques jours. Elle reprend son état d'équilibre et elle peut continuer à mener une existence mondaine assez fatigante. Il lui reste donc suffisamment de parenchyme glandulaire pour assurer la fonction rénale. Nous ne voulons pas insister davantage sur ces semblants de guérisons de néphrite qui ne rentrent pas dans le cadre de notre travail, mais nous pouvons dire qu'en agissant sur la douleur dans la forme qui nous intéresse, on agit par le fait même sur la néphrite. La douleur, nous l'avons dit, tient à un processus congestif, à un trouble momentané de la circulation qui influe aussi sur le parenchyme pour la détruire et entraîner la sclérose. A chaque crise douloureuse, les lésions s'étendent, car elles sont partielles tout d'abord. Cette douleur traduit donc bien la souffrance du rein et en la supprimant le plus rapidement possible, on peut supprimer en même temps la cause de la lésion et l'empêcher de progresser, surtout si l'on tient compte du processus d'hypertrophie compensatrice qui, dans les néphrites parcellaires, dit M. Chauffard, conserve tous ses droits.

Dans la statistique faite par M. Pousson, sur les 18 cas qu'il a relevés, en y comprenant ses observations personnelles, il ne trouve qu'une mort opératoire, après une néphrectomie

faite par M. Le Dentu, chez une malade qui avait eu autrefois des crises d'anurie. Les 17 autres opérés ont survécu à l'intervention, mais pour apprécier les résultats thérapeutiques, il retranche encore un malade de Le Dentu, qui, non soulagé par l'opération, succomba après plusieurs mois de douleurs intolérables. Sur les 16 survivants, les douleurs cessèrent chez tous après l'opération. Cette cessation fut temporaire, d'une durée de quelques mois seulement chez une malade de Le Dentu, qui souffrit ensuite atrocement jusqu'à sa mort survenue deux ans après ; temporaire également, mais d'une durée d'un an et demi chez un malade d'Israël, dont les souffrances revinrent ensuite plus intenses. Dans les 14 cas restants, la disparition des douleurs fut définitive. Dans cette statistique, M. Pousson ne parle que des néphrites uniquement douloureuses, et il ne tient pas compte de celles qui s'accompagnaient d'hématuries.

Nous ne faisons pas cette distinction, et dans les chiffres que nous relevons, nous trouvons que sur 82 malades qui ont été opérés pour la douleur accompagnée ou nom d'hématurie, il y a eu 66 guérisons définitives de la douleur et de l'hématurie, 8 améliorations temporaires, 3 cas où les résultats ont été nuls, et enfin 5 cas de mort. Ces derniers cas de mort qui assombrissent cette statistique, nous verrons à quoi ils sont dus, mais dès à présent, nous pouvons dire qu'il y en a quatre dont on ne doit pas tenir compte, car l'intervention que l'on avait pratiquée est complètement à rejeter. Le 5^e était un malade à Rovsing, opéré autrefois d'un mélanosarcome siégeant au thorax, et qui mourut d'anurie à la suite de l'intervention. Toutes les interventions ont été pratiquées, depuis la simple incision lombaire, jusqu'à la néphrectomie, et toutes, sauf cette dernière, ont eu à peu près le même résultat.

Dans un cas de M. Guyon où le malade présentait des douleurs et des hématuries, il pensa à un néoplasme et intervint. En découvrant le rein, il s'aperçut qu'il était parfaitement sain, il referma la plaie et le malade guérit radicalement.

La néphrolyse, c'est-à-dire la libération externe du rein de

ses adhérences, a été pratiquée par Barker, Kendal-Franks, Whiple, Anderson, Guyon, Broca, Löwenhardt, Tuffier et surtout par Rovsing qui a été le défenseur de cette méthode. Sur 13 cas de néphrolyse que nous relevons, nous trouvons 10 guérisons complètes, 2 améliorations et un insuccès, chez un malade de Rovsing, qui fut suivi d'une néphrectomie secondaire avec guérison. C'est une erreur de Quattro-Ciocchi, quand il dit que de la capsulotomie à la néphrolyse de Rovsing, il y a une différence de degré, car ce dernier, après l'incision de la capsule au bord convexe, la décolle totalement du parenchyme. C'est là une libération sous-capsulaire qu'il ne pratique que dans le cas où les adhérences sont si prononcées qu'on ne peut pas libérer autrement le rein, mais ce n'est pas la vraie opération que préconise Rovsing, qui se contente de libérer le rein de ses adhérences à sa loge.

Dans son travail sur les néphrites aseptiques où il est question des formes douloureuses, il se demande quelle est l'intervention opératoire la meilleure dans ces cas ? Dans trois cas, il fit une néphrolyse avec libération sous-capsulaire à cause des adhérences, et il fit une incision exploratrice du tissu rénal jusque dans le bassinnet ; au contraire, dans un cas il fit seulement une néphrolyse sans la moindre incision. Le résultat, dans ce cas, fut aussi favorable que dans les autres. Sa conclusion thérapeutique, c'est que la néphrolyse suffit pour guérir ces cas de néphralgie simple ou hématurique. C'est, en tout cas, une opération inoffensive et il rejette l'opération de Harrisson et d'Israël qui est inutile et souvent dangereuse, car il faut craindre l'urémie dans le cas de néphrite bilatérale. « *Dans la néphrotomie, il y a toujours une zone de parenchyme rénal qui est supprimée fonctionnellement. Je n'admetts la néphrotomie dans la forme hématurique intense, que dans un but de diagnostic, et si l'on redoute un néoplasme malin. De toutes façons, avant d'opérer, il faut mettre en œuvre tous les moyens complémentaires de diagnostic : épreuve du bleu, cryoscopie du sang et de l'urine, épreuve de la phloridzine. Mais, malgré tout, je donne la préférence à la néphrolyse.* »

D'autre part, dans les néphrites septiques, donnant lieu, comme nous l'avons vu dans l'étiologie, à de la douleur, par suite de la congestion et de la sclérose consécutive, sans formation d'abcès, il préfère encore la néphrolyse, car si l'on incise un tel rein, on infecte toute la plaie lombaire avec son tissu adipeux et conjonctif lâche et l'incision rénale peut disposer plusieurs vaisseaux à l'infection. A cela, il ajoute que la tentative opératoire qui est faite en général quand il s'agit de néphrite infectieuse est essentiellement différente du traitement des néphrites aseptiques dues à une cause traumatique ou chimique. Il ne comprend pas du tout la nécessité d'ajouter un nouveau traumatisme important au parenchyme rénal, dans le cas d'une néphrite traumatique. Au contraire, il est évident que dans le cas de néphrite infectieuse, le traumatisme opératoire a pour but de frayer un chemin aux produits infectieux. A son avis, il semble que les auteurs n'ont pas bien compris cela, puisqu'ils ont étendu les mêmes procédés opératoires des néphrites infectieuses aux néphrites aseptiques complètement différentes. Aussi, il conclut que dans les néphrites septiques, comme dans les aseptiques qui sont accompagnées de périnéphrite, la néphrolyse a une action excellente, car elle fait disparaître complètement les douleurs, et elle offre au rein des conditions favorables pour la réparation du processus inflammatoire.

La capsulotomie a été pratiquée par Noguès, Folet et Mac Lane Tiffany qui pense qu'elle est le meilleur traitement de la douleur due à l'augmentation de pression du rein qui trouve une résistance dans sa capsule. Elle a été défendue aussi par David Newmann de Glasgow qui a opéré ainsi divers cas de néphrite douloureuse avec hématurie et albuminurie et qui a obtenu de bons résultats. Enfin Edmond Rose et Korteweg conseillent aussi ce procédé. Nous avons pu relever trois cas où la capsulotomie a été faite. Sur ces trois cas il y a eu deux guérisons et une amélioration.

La décapsulation a été essayée par Edebohls, David Gior-dano, Riedel, Grunwell, Francisco Gentil, Rovsing, Patet et

Cavaillon, Sutcliffe, Jose Gentil, Ferguson, Sorel, Bleck Ertzbischoff, Nicolich et Finocchiaro. Mais ce dernier lui, préfère la néphrolyse. Elle a surtout été défendue par Jaboulay pour qui la décortication amènerait une décompression salutaire de l'organe. Il attribue même les modifications amenées dans la circulation rénale, aux tiraillements, aux malaxations des fibres sympathiques contenues dans le pédicule rénal, tiraillements et malaxations qui doivent transformer les conditions d'innervation vaso-motrice du rein. C'est pour cette raison aussi que M. Albarran pratique la décortication totale afin d'énervier le rein aussi complètement que possible. Sur 25 cas de décapsulation, trois ont été suivis d'une fixation du rein par les lambeaux capsulaires, suivant le procédé de M Albarran. Ces trois cas ont donné deux guérisons et une amélioration. Sur les 22 autres cas, je note 19 guérisons, une amélioration et deux cas où il n'y a pas eu de résultat.

Israël, Harisson, Rovsing, Albarran, Le Dentu, Block, Debersaques, Abbe ont eu recours à la néphrotomie qui a trouvé son plus puissant défenseur dans Pousson. Elle agit, d'après lui, dans le traitement des néphrites douloureuses, en libérant le parenchyme comprimé dans sa glande et en faisant cesser l'étranglement des filets nerveux qui se distribuent à la trame du rein. Par l'émission sanguine qui l'accompagne, elle agit aussi sur les poussées congestives tenant sous leur dépendance les crises qui caractérisent cliniquement les néphrites douloureuses. Elle permet ainsi à la circulation de se régulariser et de s'équilibrer. L'abaissement de la pression réalisé par la saignée supprime les causes d'hémorragie relevant de l'hypertension vasculaire et de l'hypertrophie cardiaque. Elle agit aussi sur l'innervation et enfin, sans prétendre qu'elle a une action efficace sur l'altération du sang, on peut bien admettre qu'elle ne reste pas sans effet sur les phénomènes d'intoxication rénale, conséquence de l'irrigation du parenchyme par un sang plus ou moins adultéré. Cette action hémostatique de la simple néphrotomie qui semblerait ne devoir être que temporaire, s'affirme d'une façon définitive

dans bon nombre de cas. Il croit pouvoir en trouver les raisons par le fait que le plus souvent des lésions de néphrite, qui s'accompagnent d'hématurie, sont limitées, parcellaires et que dès lors, elles peuvent rétrocéder, ou bien encore évoluer en kystes ou en blocs fibreux avasculaires, tandis que les parties voisines s'hypertrophient par compensation.

Aussi, il rejette la néphrectomie qui a sur toutes les autres opérations, l'avantage de mettre rapidement et définitivement un terme aux douleurs des néphrites, mais elle est trop grave par elle-même. Les chiffres le montrent bien. Sur 15 néphrectomies que j'ai relevées pour néphrites douloureuses, il y a eu 10 guérisons. Dans ces 10 cas la néphrectomie fut trois fois secondaire à une néphrotomie et une fois à une néphrolyse. Dans un cas, le malade guérit, mais quelque temps après l'autre rein se mit à souffrir et à donner du sang, enfin dans 4 cas le résultat fut mortel.

Bien que la capsulotomie remplisse une des indications tirées de l'interprétation pathogénique des douleurs, Pousson la réserve aux cas où la capsule très épaissie et très altérée semble être le facteur unique des phénomènes douloureux. La néphrolyse lui paraît aussi devoir être une opération d'exception. La néphrotomie superficielle ou mieux la néphrotomie profonde, unissant le débridement du parenchyme rénal à celui de la capsule, a sur les deux précédentes opérations, d'après lui, une supériorité d'action considérable, et c'est à elle qu'il donne la préférence. Elle permet de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une affection qui peut rester encore obscure, malgré la palpation et l'acupuncture. Enfin, tant pour éviter le retour de l'étranglement du rein par sa capsule que pour assurer les heureux effets de la circulation complémentaire périphérique sur la guérison de la néphrite, suivant les idées défendues par Edebohls, il trouve qu'on peut sans danger joindre la capsulotomie à la néphrotomie.

Tels sont les différents procédés pratiqués dans le traitement chirurgical des néphrites douloureuses. Ils ont tous leur valeur et ont tous donné de très bons résultats à leurs auteurs. De

plus les arguments que chacun donne pour soutenir sa façon de faire sont bien faits pour entraîner la conviction des lecteurs. Cependant il est un moyen par trop radical et par trop dangereux que l'on est unanimement d'accord à rejeter, c'est la néphrectomie. C'est, comme dit Pousson, une opération de nécessité à laquelle on ne se résoudra qu'en dernier ressort et seulement lorsqu'on se sera suffisamment renseigné sur la valeur fonctionnelle de l'autre rein. La néphrotomie rallie un grand nombre de suffrages, et quand on voit des hommes comme Pousson qui ont une si grande expérience de la chirurgie rénale, préconiser et vanter la néphrotomie, on ne peut s'empêcher de se rallier à son opinion. Cependant, la néphrotomie, dans le cas qui nous occupe, doit-elle être toujours employée ? Je ne le crois pas. Des procédés plus simples et moins graves ont donné aussi de très bons résultats, en faisant disparaître la douleur, l'hématurie et même en atténuant les autres signes de néphrite. Le gros argument de Pousson, à mon avis, est que cette opération permet de faire un diagnostic jusque-là hésitant, et en effet, dans tous les cas où il y aura doute et où malgré toutes les recherches on n'arrivera pas à déceler la tuberculose, par exemple, on devra l'employer. Mais, doit-on la faire de parti-pris, associée ou non à la décapsulation, c'est ce que je ne pense pas. La néphrotomie est une opération grave ou du moins beaucoup plus sérieuse que la simple exploration du rein avec décapsulation. Nous avons vu que sur les 30 cas où la néphrotomie a été faite, trois fois il a fallu faire une néphrectomie secondaire. Dans un cas, c'était un malade d'Anderson qui s'infecta secondairement et nécessita la néphrectomie au bout d'un an. Le second malade appartenait à Rovsing qui, quatorze jours après sa néphrotomie, eut une hémorragie telle qu'il fallut recourir à la néphrectomie. Enfin, la troisième malade a été opérée par Pousson lui-même. Malgré la néphrotomie, les symptômes douleur et hématurie persistèrent et entraînèrent la néphrectomie. De plus, nous notons un insuccès, une amélioration et enfin une mort. Il ne reste donc que 22 guérisons sur 30 cas. En réunissant les cas

de néphrolyse, de capsulotomie, de décapsulation avec ou sans fixation du rein par les lambeaux capsulaires, on trouve sur un total de 41 cas, 33 guérisons, 5 améliorations et 3 insuccès, dont un de Rovsing fut suivi de néphrectomie secondaire. Quand on parle de guérison, il est évident que dans un cas comme dans l'autre on peut subir le même reproche, à savoir que sauf de rares exceptions, on n'a pas assez longtemps suivi les malades. Ce serait là le point intéressant de pouvoir suivre plus longtemps ces malades et de savoir quel avenir est réservé à leurs reins. Je pense que ce n'est pas impunément qu'on incise largement un rein déjà atteint de néphrite. C'est un grand traumatisme et qui laisse après lui une grande perte de substance en ce sens qu'il sclérose et prive de sa fonction un grand territoire du parenchyme glandulaire. Quand on voit l'action que les traumatismes peuvent exercer sur un rein sain, puisqu'on connaît bien aujourd'hui les néphrites traumatiques, on se demande quel avenir au point de vue fonctionnel, peut être réservé à un rein déjà atteint de néphrite et que l'on incise profondément jusqu'au bassinnet. Enfin les lésions, dans les néphrites douloureuses, peuvent être des plus restreintes, et si minimes qu'elles restent inaperçues si la coupe ne passe pas à leur niveau. En faisant la néphrotomie pour calmer la douleur dans de tels cas, on guérit le symptôme, mais au point de vue anatomique la lésion est plus étendue après qu'avant, et alors que les lésions primitives très légères auraient pu peut-être régresser, comme le pensent certains auteurs, après la néphrotomie, on restreint considérablement l'étendue du parenchyme glandulaire. De plus, est-ce la néphrotomie qui guérit la douleur et l'hématurie ? Je ne le crois pas non plus. Ces deux symptômes évidemment ont pour point de départ des lésions locales, mais qui entraînent tout un ensemble de troubles nerveux et congestifs qui aboutissent en fin de compte à la douleur et à l'hématurie. Ils tiennent beaucoup plus à une influence nerveuse probable provoquée par la lésion anatomique que par cette lésion elle-même. Quand on intervient sur ces reins, c'est la saignée, le

débridement du rein pour l'attirer au dehors de la plaie, l'action mécanique exercée par la main sur l'organe, l'élongation de son pédicule vasculaire et surtout les tiraillements exercés sur ses filets nerveux, qui changent la circulation de l'organe, la rendent plus active, font disparaître ainsi douleurs et hématuries et influencent favorablement la dépuration urinaire. La preuve, c'est qu'il a suffi à M. Guyon de faire une lombotomie et de palper le rein du malade pour faire cesser les douleurs et l'hématurie. On ne peut expliquer que par une action réflexe, le fait que, quel que soit le procédé employé, la disparition de la douleur et de l'hématurie est instantanée. Aussi, il faut réserver la néphrotomie qu'aux cas malheureusement très nombreux où elle doit servir de moyen de diagnostic. Différemment, dans le cas où l'on a tout lieu de croire que la douleur et l'hématurie relèvent de la néphrite avec ou sans périnéphrite, il faut intervenir seulement sur les capsules du rein.

On libérera complètement le rein de ses adhérences, en faisant, suivant le conseil de Rosving une néphrolyse soignée. Ces adhérences donnent lieu, comme nous l'avons dit, à des douleurs de tiraillements, indépendantes des paroxysmes douloureux qui sont sous l'influence de la congestion et de l'hypertension rénale. Parfois, ces adhérences sont si fortes et la périnéphrite si intense que l'on ne peut procéder qu'à une libération sous-capsulaire et la capsule fibreuse s'arrache d'elle-même pendant le désenclavement du rein. On fait ainsi du même coup la néphrolyse et la capsulectomie. Quand, au contraire, les adhérences du rein à sa loge sont peu prononcées, on ne se contentera pas de les détruire. Il faut agir aussi sur la capsule fibreuse qui est parfois épaisse et entre pour une grosse part dans l'état congestif du rein. La simple section est insuffisante, il faut faire la décortication complète. De cette façon, on détend le parenchyme glandulaire, on supprime cette membrane inextensible qui gêne le rein dans son expansion. Je sais bien que cette capsule se reformera plus tard, mais avant, la circulation a eu le temps de s'équilibrer, une circulation collatérale a même pu s'établir, d'après certains

auteurs, et enfin le processus d'hypertrophie compensatrice a pu plus facilement se constituer. Il vaut mieux, quand on le peut, fixer le rein et se servir des lambeaux capsulaires, comme le conseillent MM. Albarran et Ertzbischoff, pour le maintenir en bonne position. Ce n'est pas une précaution inutile, car ensuite, lorsque les adhérences se seront reconstituées, le rein pourra se trouver en mauvaise position, la circulation sera de nouveau gênée et les phénomènes pourront se reproduire. Nous avons vu que dans un cas de Rovsing, le rein avait tourné autour de son axe et était fixé ainsi par des adhérences. De plus, dans l'étiologie, nous avons attiré l'attention sur l'influence que pouvait avoir le rein mobile sur l'apparition de la néphrite et des phénomènes douloureux. Il n'est pas rare, chez ces malades, de sentir un petit ballottement du pôle inférieur du rein, et l'on s'explique que cette mobilité du rein ait favorisé l'apparition de la périnéphrite. Quand on a eu la précaution de bien fixer le rein, les adhérences secondaires maintiennent le rein en bonne position et préservent des accidents mécaniques dus à la situation défectueuse de l'organe.

Les suites opératoires sont des plus bénignes. On laisse un drainage pendant trois ou quatre jours, sauf dans le cas de néphrotomie associée à la réno-décortication où il y aura intérêt à le prolonger.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — MIGNOT, *Journ. de méd. et chir. prat.*, 1846, p. 155-159.

Néphralgie essentielle, guérie par le sulfate de quinine.

F..., 53 ans, n'a jamais eu de maladies sérieuses. En mars 1845, après avoir été mouillé une grande partie de la journée, il fut pris tout à coup d'une douleur excessivement vive à la région lombo-dorsale gauche, suivie de vomissements abondants, de déjections alvines et d'une prostration considérable.

Le surlendemain, dans l'après-midi, il fut saisi de nouveau d'une crise terrible. La douleur, qui avait son siège à la région rénale gauche, se propageait jusqu'à l'épigastre et au scrotum, et était exaspérée par les mouvements inspireurs. Bientôt elle se compliqua des phénomènes suivants : agitation extrême, hoquet opiniâtre, nausées, vomissements de mucosités et de bile, sueurs froides, urines claires et limpides, déjections alvines, pouls petit, intermittent, face livide et grippée, décubitus impossible du côté malade. La pression exercée sur l'hypocondre gauche exaspère la douleur. Lorsqu'on palpe le flanc, et qu'on pose les doigts sous la dernière côte, on arrache des cris au malade ; tandis que, si l'on presse la peau et les muscles de la région lombo-dorsale et abdominale, on ne réveille aucune douleur.

La vessie est normale et F... n'a jamais rendu de calcul. Cette crise dura trois heures et se termina par une sueur profuse. On ne pensa pas à une colique néphrétique, car, d'après l'auteur, il n'y avait ni pus, ni sédiments dans les urines.

Sous l'influence du sulfate de quinine, le malade n'a jamais plus ressenti aucune douleur.

Obs. 2. — TEXIER, *Monit. des sc. méd. et pharmac.*, 1860, p. 121 et 131.

Néphralgie malariale, traitée par le sulfate de quinine.

F..., 34 ans, d'une bonne constitution, a eu une fièvre tierce, il y a sept ou huit ans, qui a duré quatorze mois.

Le 22 octobre 1857, à la suite d'un effort, il éprouve tout à coup des

douleurs très violentes dans le flanc gauche : ces douleurs continuèrent depuis le matin jusqu'au soir avec des exacerbations assez fréquentes. Elles commencent à se manifester dans la région lombaire, puis elles s'étendent peu à peu, envahissant tout le côté gauche et l'abdomen, jusqu'à l'ombilic. Elles s'irradient de là jusque dans le testicule, où elles se montrent avec une violence insupportable ; il semble au malade qu'on lui broie cet organe entre deux corps durs. Quant aux douleurs des régions lombaire et ombilicale, le malade les compare à des coups de marteau, frappant alternativement en avant et en arrière.

Pendant la durée de l'accès, c'est-à-dire pendant une demi-heure, la figure est grippée et anxieuse, la voix basse, le pouls petit mais calme ; les urines sont normales. Les crises se répètent, très nombreuses, jusqu'à 30 et, dans l'intervalle, le malade se plaint de pesanteur, dans la région lombaire. Sous l'influence de la quinine, les crises s'espacent.

Obs. 3. — DURHAM, *Brit. med. Journ.*, 18 mai 1872.

Néphralgie hématurique. — Néphrectomie. — Mort.

Femme, 43 ans, opérée par Durham deux ans auparavant, du même côté dans l'espoir d'en retirer un calcul, mais il n'y avait rien trouvé, le rein était en bon état et la plaie fut fermée (Le rein avait été exploré mais non incisé).

La malade guérit de cette première opération, mais la douleur, l'hématurie et tous les symptômes précédents avaient persisté.

On fit la néphrectomie et la malade mourut. Le rein ne contenait pas de calcul.

Obs. 4. — MAURICE RAYNAUD, *Arch. génér. de méd.*, 1876, t. II, p. 387.

Crises de coliques néphrétiques sans calculs au cours de l'ataxie locomotrice.

Le 24 août 1874, entre dans mon service un malade que l'on avait ramassé la veille sur la voie publique, en proie à des coliques d'une violence extraordinaire, dont il se disait atteint pour la première fois. C'était un homme de 39 ans, bien constitué ; mais l'intensité de la souffrance triomphait de toute son énergie. Courbé en deux dans son lit, il se livrait à toutes sortes de contorsions, poussant des cris déchirants, et cherchant en vain une position qui pût alléger ses douleurs.

Son aspect était celui d'un homme aux prises avec un violent accès de colique néphrétique. Il accusait une douleur atroce, d'un caractère angoissant, ayant son foyer principal dans la région lombaire gauche et dans la région épigastrique, qui était le siège d'un sentiment de constriction ou de barre, extrêmement pénible et envoyant des irradiations, d'une part vers l'épaule droite, de l'autre vers la région inguinale gauche. La pres-

sion exercée sur le creux de l'estomac ne donnait aucun soulagement et semblait même exaspérer la souffrance. Le ventre était aplati par la contraction énergique des muscles abdominaux. Le testicule gauche était très fortement rétracté, collé contre l'anneau et tout prêt en quelque sorte à y rentrer. Le malade accusait de fréquentes envies d'uriner, mais il n'avait rendu, dans les vingt-quatre heures, qu'un demi-litre d'urine assez limpide, notablement albumineuse, sans graviers ni pus. L'urée était en quantité normale.

L'accès dura jusqu'au 30 août, avec des rémittences passagères, qui faisaient place à de nouvelles exacerbations.

Une seconde crise survint, puis une troisième, puis une série d'autres. Ces crises revenaient en moyenne deux à quatre fois par semaine, et chaque fois elles avaient une durée de dix à douze heures au moins, souvent plus. Dans l'intervalle, le malade se trouvait assez bien et ne se plaignait que d'un endolorissement dans la région lombaire.

Cependant les semaines s'écoulaient, et la situation ne se modifiait guère. Toujours frappé de l'anurie relative qui accompagnait les accès douloureux, je faisais recueillir les urines ; on n'y trouvait ni sang, ni graviers, ni pus. Je mis en doute la gravelle, et en remontant dans les antécédents avec plus de soin, je trouvai de l'ataxie locomotrice, mais sans incoordination.

En décembre, il eut une crise qui dura huit jours. Cette fois, il y eut une rétention d'urine absolue ; on retirait chaque jour, par le cathétérisme, un demi-litre environ d'une urine foncée, sécrétée dans les vingt-quatre heures.

A partir de janvier 1875, les crises se répétèrent plus souvent ; elle devinrent quotidiennes, au nombre de quatre à cinq par jour, et d'une durée qui variait de quelques minutes à une heure.

Le 8 juillet 1875, il mourait d'une tuberculose pulmonaire qui avait évolué rapidement.

A l'autopsie on trouva, indépendamment de la tuberculose et de la sclérose médullaire, les lésions suivantes sur l'appareil urinaire.

Les reins sont un peu petits et semblent participer à l'émaciation générale. Le rein droit présente trois ou quatre kystes séreux, dont le plus volumineux ne dépasse pas la grosseur d'une noisette. A cela près, le tissu des reins est absolument normal. Les calices, les bassinets, les uretères sont dans un état d'intégrité complète, et ne contiennent aucune trace de gravelle ou de calculs.

La vessie, très distendue par l'urine, est pâle, amincie et ne présente aucune trace actuelle de cystite. Elle ne contient aucun corps étranger. L'urine qu'on en retire contient une très minime quantité d'albumine.

Obs. 5. — BARKER, *The Lancet*, 24 janvier 1885, p. 141.

Néphralgie hématurique. — Exploration rénale. — Amélioration.

A. G. . . , âgé de 9 ans, avait été soigné dans trois hôpitaux pour calcul rénal. Les signes étaient : paroxysmes de douleur croissante avec intensité dans la région lombaire et à l'extrémité du pénis. Pendant les accès, il avait des envies de vomir, mais il ne vomissait pas. L'urine n'est pas toujours sanguinolente après les accès, mais habituellement elle est claire d'abord, puis elle devient de plus en plus foncée et épaisse, ressemblant parfois à du sang pur. Il a cinq ou six mictions par jour ; l'urine est acide, sa densité est 1.025, elle contient de l'oxalate de chaux à l'état de cristaux avec des corpuscules rouges et blancs.

Les symptômes duraient depuis trois ans.

Le rein fut mis à nu par une incision lombaire et examiné avec le doigt et ponctionné dans toutes les directions à peu près vingt fois avec une longue aiguille enfoncée profondément.

On ne découvrit rien et la plaie fut fermée. La plaie guérit ; pendant plusieurs mois, le malade ne souffrit plus, l'urine était un peu sanguinolente. Plus tard les douleurs réapparurent, mais elles diminuèrent et disparurent ensuite.

Obs. 6. — KIRKHAM, *Med. Times*, 4 avril 1885.

Néphralgie malariale. — Guérison par le sulfate de quinine.

Ingénieur de Panama, âgé de 25 ans, habite l'isthme depuis dix-huit mois et a eu à plusieurs reprises des attaques de fièvre intermittente.

Le 6 avril, il fut pris tout à coup pendant son déjeuner d'une douleur vive dans le côté droit, qui se manifestait sous forme d'éclairs, d'intensité très vive, se propageant jusqu'à la cuisse droite. L'accès dura quatre heures ; après quoi il transpira abondamment, et la douleur s'effaça graduellement. Le reste du jour la douleur ne reparut pas.

Les trois jours suivants, il présenta la même crise à la même heure, se terminant toujours par une transpiration abondante.

L'urine était alcaline, sans albumine, ni pus, ni sang, sans dépôts. La palpation de la région lombaire n'est pas douloureuse. Les mouvements ne modifient pas la douleur.

Sous l'influence de la quinine, les crises diminuèrent puis disparurent. Il ne souffrait que de sa gastrite.

Il part pour la Jamaïque et écrit en novembre qu'il se porte très bien.

Obs. 7. — PÉAN, in thèse BRODEUR, 1886, p. 20.

Néphralgie excessivement intense. — Néphrectomie. — Guérison.

Il..., 40 ans, avait toujours joui d'une bonne santé. Aucun antécédent héréditaire digne d'être noté, ni rhumatisme, ni syphilis.

Depuis quelques mois, il éprouvait des douleurs excessivement violentes dans la région du rein gauche, douleurs qui lui rendaient la vie insupportable et lui avaient fait prendre des habitudes alcooliques. A l'examen du malade, qui présentait encore un certain embonpoint, bien qu'il eût maigri, disait-il, beaucoup depuis quelques mois, on ne trouve aucune tumeur de la région du flanc gauche ; le siège de ces douleurs, la constatation d'une exagération de sensibilité à ce niveau sont l'unique résultat des recherches. Péan ne se résout pas, malgré les instances du malade, à pratiquer une opération.

Aucun trouble vésical, urines contenant un peu d'albumine : diagnostic, néphrite médicale. Le malade, adressé au professeur Peter, puis au Dr Leudet (de Rouen), n'est nullement calmé par les différents traitements qu'on lui fait subir. Le malade revient voir Péan, qui le renvoie à Lecorché, Horteloup, Le Dentu, Guyon, Peter ; nouveaux traitements et parmi eux les eaux de Contrexéville qui échouent.

Les douleurs persistaient, partant du rein gauche et s'irradiant sur le trajet de l'uretère, jusque dans la partie correspondante du scrotum, douleurs vives, continues, s'exaspérant du moindre mouvement, rendant la marche impossible. Les urines contiennent toujours une certaine quantité d'albumine, des globules de pus et de sang, des cristaux d'oxalate de chaux, des cellules épithéliales de la vessie et des détritits épithéliaux en quantité modérée.

On crut à la présence d'un calcul, déterminant de temps en temps des poussées inflammatoires dans le rein gauche, et le professeur Peter se prononça pour la néphrectomie, seule ressource qui pût apporter quelque soulagement contre les douleurs, qu'aucun traitement médical n'était arrivé même à diminuer.

Opération. — Le 18 janvier 1866, après incision des diverses couches, on arrive à la capsule, à travers laquelle on aperçoit le parenchyme rénal d'une teinte noire insolite ; la surface est inégale, parcourue de sillons blanchâtres de un à deux millimètres de profondeur qui se poursuivent d'une façon irrégulière sur son bord externe et ses deux faces.

L'examen histologique, fait par le professeur Cornil, a conclu à de la glomérulite et à un état d'altération des tubes urinifères, comme dans la néphrite albumineuse peu prononcée.

Suites opératoires. — Le 19 janvier, fièvre à 38° ; on donne au malade du lait, de l'eau-de-vie, de l'eau de Vichy, il rend un litre d'urine très sédimenteuse.

Le 20, le malade boit moitié moins, urine trois fois plus. Température 37°, pouls 96.

Le 22, un litre et demi d'urines claires, suppression de l'alcool.

Le 23, urines plus abondantes encore. Le malade sort le 1^{er} février. Depuis il a été suivi quelque temps, les douleurs ont disparu, il a repris ses forces, enfin son état de santé est très satisfaisant.

Obs. 8. — G. HARRISON, *Brit. med. Journ.*, 1887, p. 675.

Néphralgie malariale. — Signes de calcul rénal. — Guérison par le sulfate de quinine.

Sergent-major, 47 ans, 32 ans de service dans les Indes, entre à l'hôpital le 14 avril 1887 avec les symptômes de colique néphrétique.

Dyspeptique de longue date, mais jamais de troubles sérieux de la santé avant 1885 où il eut quelques attaques de fièvre intermittente.

En 1886, crises soudaines de gastralgie qui duraient deux heures. En même temps, il éprouva, pour la première fois, des crises douloureuses dans le flanc et dans les lombes ; elles se reproduisaient à un intervalle de une à trois semaines, et duraient chaque fois de deux à quatre heures.

En février 1887, il eut une attaque qui dura pendant une semaine. Les paroxysmes venaient soudainement. La douleur commençait dans le côté gauche, et s'étendait en avant, en arrière, dans l'aîne et jusqu'au testicule : c'était une douleur atroce, déchirante. Elle était profonde et si aiguë, que le malade perdait presque connaissance. Le testicule était habituellement rétracté à l'anneau. A la fin de la crise, survenaient des nausées et des vomissements et une sudorèse abondante.

Pendant la crise l'urine était très colorée, acide et d'une densité augmentée : elle contenait parfois du pus, jamais d'albumine, ni de sang, ni de cristaux d'acide urique. Dans l'intervalle des crises, elle était normale.

Au palper, le rein pouvait être senti distinctement et n'était pas sensible. La vessie était saine et sans calculs.

La tuberculose du rein fut exclue et on pensa à un calcul.

En juillet, les accès se sont reproduits journellement et à la même heure. Il n'y a pas de changement dans les symptômes, mais chaque accès maintenant est suivi d'une élévation de température de 1 à 2 degrés, aussi l'auteur pense à une névralgie due à la malaria.

Sous l'influence de la quinine, les crises diminuèrent et disparurent à tel point qu'il put reprendre son service.

Obs. 9. — LAUENSTEIN, *Zur Chirurg. der Nieren*,

Deut. med. Woch., Leipzig, 1887, n° 26, p. 569, obs. 11.

Marin souffrant depuis douze ans d'hématuries associées à des douleurs

du rein gauche. Lauenstein fit la pyélotomie et ne trouva pas le calcul supposé, mais seulement un élargissement du bassin. Guérison opératoire rapide, cessation des hématuries et des douleurs, et depuis la santé s'est maintenue bonne.

Obs. 10. — KENDAL FRANKS, *Brit. med. journ.*, 1888, p. 685, in thèse RÉCAMIER, p. 106.

Néphralgie. — Exploration rénale. — Amélioration. — Mort par maladie intercurrente.

Fermier, âgé de 40 ans, reçut un coup de pied de cheval dans l'aîne droite, en août 1885. Il tomba en arrière, frappant son côté gauche et son dos contre un tas de pierres sur la route. Il perdit connaissance pendant quelques minutes, et, en revenant à lui, il ressentit une douleur aiguë au niveau des deux dernières côtes du côté gauche. Environ une semaine après, il s'aperçut qu'il souffrait en urinant surtout au niveau du gland. La miction était plus fréquente, et en terminant souvent par le passage de quelques gouttes de sang.

Au bout d'une quinzaine, ces signes disparurent jusqu'en septembre 1885. A ce moment, il se plaignait de douleurs sur le rein gauche, sourdes et continues. Ces douleurs augmentaient par la position couchée sur le dos, sur le côté gauche, et par le mouvement. La douleur s'irradiait dans l'aîne gauche et dans la verge, surtout lorsqu'il était cahoté. Il y avait de la douleur à la pression sur la région du rein gauche. L'urine était de couleur pâle et trouble ; elle contenait une petite quantité de pus et, de temps en temps, un peu de sang, elle était acide et contenait quelques cellules rénales, mais pas de moules.

Incision lombaire. Palpation manuelle ; rien de particulier, si ce n'est un peu d'épaississement du bassin. Acupuncture sans résultat.

Six semaines après, il partait pour la campagne ayant un bon état général et peu de troubles urinaires. Il mourut sur ces entrefaites d'une maladie intercurrente.

L'auteur conclut que la disparition de la douleur était due à la division de quelques nerfs.

Obs. 11. — ANDERSON, *The Lancet*, 20 avril 1889, p. 776, case II.

Exploration rénale pour calcul supposé avec néphrectomie ultérieure après infection secondaire. — Absence de calcul.

Homme, 21 ans, dont les premiers symptômes datent de douze ans auparavant ; après une attaque de fièvre rhumatismale, il ressentit une douleur subite et aiguë dans la région lombaire gauche qui dura trois

heures. Deux ou trois semaines après, le même accès se reproduisit avec une intensité accrue.

Depuis 1884, Deux ou trois fois par semaine, douleurs lombaires à gauche, accompagnées de frissons et de vomissements et irradiant à l'aîne et au testicule. La douleur ne s'exaspère pas sous l'influence des mouvements, mais seulement par l'exercice. Jamais d'hématuries et il n'a jamais rendu de calculs. Depuis six mois, il a été obligé de suspendre tout travail.

A son entrée, homme bien développé, mais pâle et un peu faible. Les crises douloureuses dans la région lombaire surviennent tous les deux ou trois jours, durant quelques heures et s'accompagnant de vomissements.

L'urine contient des cristaux d'oxalate de chaux, des globules de pus et un dépôt de phosphate, mais pas d'hématies. La pression du rein n'est pas douloureuse.

Opération. — Le 1^{er} septembre, le rein est mis à nu : la palpation pas plus que l'inspection n'indiquent rien de particulier. A travers une petite incision de parenchyme, le doigt est introduit dans le bassin et les calices ; on ne trouve rien. Un tube à drainage est laissé dans la plaie rénale. Au bout de deux heures, une hémorragie se produit dans le pansement, qui nécessita la réouverture de la plaie et la compression. Les jours suivants, l'urine contient beaucoup de sang.

Au dixième jour, l'hémorragie réapparaît, et elle est, de nouveau, arrêtée par la compression ; trois jours plus tard, elle se reproduit encore. Des symptômes de septicémie se reproduisirent alors : ils furent arrêtés par le drainage et le lavage de l'espace rétro-péritonéal qui avait été décollé par le pus.

Pendant un an, il resta très bien, mais en décembre 1887, en remuant une pendule très lourde, il ressentit à nouveau une douleur soudaine dans le rein gauche. Dès lors, les attaques se reproduisirent par des intervalles de rémission, la température s'éleva. Le rein fut enlevé par morcellement, il était dilaté, le parenchyme très réduit et pas de calculs.

Le malade quitta l'hôpital trois mois après sa néphrectomie, complètement guéri.

Obs. 12. — ANDERSON, *The Lancet*, 20 avril 1889, p. 776, case I.

Exploration rénale pour calcul supposé. — Néphralgie. — Guérison.

Femme, 24 ans, fut prise, il y a quatre ans, d'une hématurie et ressentit une douleur dans la région lombaire droite avec propagation jusqu'à l'aîne. La douleur s'arrêta au bout d'une heure ; il resta ensuite des traces de sang dans les urines pendant deux ou trois jours. Au bout d'un mois de bien-être, survient une nouvelle attaque plus intense que la première.

La malade ne rendit pas de graviers, mais, à la suite, sa santé générale déclina.

A l'examen de la région rénale, on sent un point douloureux profond, au bord externe de la masse sacro-lombaire, à côté de la dernière côte; l'urine contient du pus et des leucocytes.

Quelques jours après son entrée, survint une hématurie avec une grande douleur dans la région lombaire droite qui persista vingt-quatre heures. Les paroxysmes de douleur se reproduisirent ensuite à des intervalles de trois à six jours; mais une douleur plus vague persistait même pendant les rémissions.

Opération. — Le 12 janvier 1885, le rein droit est mis à nu par une incision lombaire. La palpation ni l'acupuncture ne fournissent aucun résultat, et la plaie fut refermée.

La douleur disparut et la santé progressa rapidement. Cependant, vers la cinquième semaine, elle eut une nouvelle crise douloureuse avec hématuries légères. Tout disparut et la malade fut revue en mai 1885, parfaitement guérie, au cours de sa deuxième grossesse.

Obs. 13. — MAC LANE TIFFANY, *Annals of Surgery*, 1889.

Néphralgie à droite. — Débridement de la capsule du rein. — Amélioration.

Femme, 49 ans. Mariée, a eu un enfant, il y a treize ans; blennorragie et syphilis et un abcès du petit bassin, qui s'ouvrit dans le vagin, et donna du pus pendant deux mois, est guéri depuis quelques années.

Deux ans avant de venir consulter, alors qu'elle était bien elle ressentit une douleur dans la région lombaire droite, très intense, qui passa tout doucement et fit songer à un calcul du rein cheminant dans l'uretère. Les caractères douloureux se succédant à des intervalles irréguliers et se rapprochant de plus en plus, en augmentant d'intensité, la malade désire être soulagée à n'importe quels risques.

La douleur s'irradiait vers la ligne médiane, la vessie et la région inguinale correspondante; le mouvement l'accroissait.

La pression sur le rein droit causait de la douleur, il n'y avait pas de tumeur, jamais d'évacuation de calculs; les urines étaient sanguinolentes à de rares intervalles. L'urine, au moment de l'intervention, contenait du pus et des globules rouges.

Opération. — Le 12 janvier 1889, le rein est mis à découvert par l'incision lombaire, on voit une cicatrice profonde et étroite existant au bord antéro-supérieur, dure au toucher. L'exploration du rein par la ponction en tous sens, à l'aide d'une aiguille longue, étant demeurée négative, la capsule fut fendue dans l'étendue de trois pouces et plus; l'incision passant à côté de la cicatrice, les lèvres de l'incision baillèrent largement, preuve de l'existence de la tension intra-rénale. La plaie fut fermée.

Suites opératoires. — Pendant les premières vingt-quatre heures, l'urine fut sanguinolente, puis elle redevint claire. Trois semaines après, la malade se plaignit encore de douleurs lombaires, mais elles diminuèrent graduellement et la malade reprit sa vie accoutumée.

Le résultat a été si immédiat et si remarquable, dit l'auteur, qu'on peut considérer comme très possible un résultat favorable et permanent.

L'auteur émet l'opinion que la dépression d'aspect cicatriciel admet pour cause une néphrite chronique.

Obs. 14. — SABATIER, *Rev. de chir. Paris*, 1889, t. IX, p. 62.

Néphralgie hématurique. — Néphrectomie. — Guérison.

Femme, 30 ans, ayant en 1878 et 1879 des accidents de néphrite (oppression, œdème des membres inférieurs, surtout à droite, gonflement douloureux du flanc droit survenant par crises, oligurie considérable avec albuminurie à 2 grammes par litre), dont la malade fut soignée à trois reprises. A cette époque, les urines contenaient de nombreuses bactéries, mais pas de bacilles tuberculeux.

A partir de cette époque, crises douloureuses limitées au flanc droit avec hématurie et accidents urémiques passagers. L'albuminurie persistait avec du ténesme vésical et parfois rétention d'urine. On pense à un calcul.

Opération. — Incision lombaire droite, néphrectomie qui entraîne hémorragie et nécessite la néphrectomie. Pas de calculs.

Suites opératoires. — Cessation de l'hématurie et des crises douloureuses. Traces d'albumine seulement. Le résultat se maintient 16 mois après.

Examen anatomique. — Le rein enlevé ne contenait aucun calcul ; à sa surface se dessinaient de larges taches à contours tréflés, d'aspect graisseux, mais les sections ne pouvaient déceler à l'œil nu l'existence d'une néphrite. La constatation de ces taches graisseuses nous avait fait espérer que le microscope dévoilerait des lésions intimes, inflammatoires ou de dégénérescence. Cet espoir fut déçu. La note remise était ainsi conçue : « On constate dans ce rein quelque peu d'inflammation conjonctive, sans aucune tendance à la suppuration, mais déterminant plutôt de la sclérose. »

Obs. 15. — WHIPPLE, *The Lancet*, 1890, t. II, 1269.

Néphralgie. — Oxalurie. — Exploration et ponction du rein.

H... a eu, il y a six ans, une colique rénale accompagnée de fréquences de la miction. Six ans auparavant, il avait eu déjà des douleurs dans le côté droit, survenant par crises, et durant plusieurs heures. Vers le milieu de janvier dernier, la même douleur se reproduisit dans le côté droit : la

douleur siégeait surtout dans le flanc droit et de là s'irradiait vers l'ombilic et l'hypogastre. En même temps, il y avait de la fréquence des mictions, l'urine était colorée, la face pâle et anxieuse, la pression du flanc diminuait la douleur. L'urine était acide et contenait des traces d'albumine, du pus et du sang, avec des cristaux d'oxalate de chaux. La vessie était normale

Le 6 juin, nouvelle crise douloureuse : la quantité d'urine est diminuée, le malade n'en a rendu que cinq onces en trente-six heures. Les douleurs continuèrent du 17 au 23.

Opération. — Le 18 juillet, incision dans le flanc droit. Le rein est palpé et ponctionné à plusieurs reprises sans qu'on trouve rien de particulier.

En septembre, le malade n'a pas eu de douleurs depuis l'opération.

Obs. 16. — NOGUÈS, in LEGUEU, *Annales des organes génito-urinaires*, 1891.

Néuralgie rénale. — Exploration rénale négative. — Amélioration temporaire.

Emile L..., 26 ans, entre à l'hôpital Necker le 10 février 1891. En 1885, en déchargeant un bateau, il est subitement pris d'une douleur violente dans l'aîne gauche et le testicule du même côté. Un quart d'heure après, besoin pressant d'uriner à la suite duquel il expulse du sang rouge. Il continue néanmoins son travail : au bout de quelques heures, la douleur s'atténue et les urines redeviennent claires.

Depuis cinq ans, il a eu une quarantaine de crises, dont la durée est variable, s'accompagnent d'hématuries légères, de vomissements d'anurie. Dans l'intervalle des crises, la douleur persiste dans l'aîne, le testicule et le flanc gauche. Le malade marche la main sur le flanc, le tronc fortement penché à gauche.

Actuellement, les crises douloureuses apparaissent sans hématuries et ne sont calmées que par la morphine. Dans les urines, on ne trouve pas d'épithélium, pas d'hématies, quelques rares leucocytes.

Le rein gauche est légèrement augmenté de volume et très sensible au palper. La vessie est douloureuse également, mais seulement dans sa moitié gauche.

Le 20 mars, M. Guyon, pensant à un calcul, intervient par une incision lombaire gauche. Le rein est abaissé, mais son volume est normal et en aucun point on ne constate de saillies, ni d'inégalités. Il incise simplement la capsule propre qu'il suture ensuite et referme la plaie.

Les suites opératoires sont bonnes, à part une suppuration qui se produit le cinquième jour et nécessite l'ouverture large de la plaie. Les douleurs disparaissent, mais, au bout de quinze jours, le malade recommence à souffrir.

Obs. 17. — R. ABBE. Communication à l'*Acad. de med. de New-York*, 13 avril 1891. *New York med. Journ.*, 16 mai 1891, t. LIII, p. 573).

Homme ayant depuis cinq ans des coliques néphrétiques et des hématuries qui, durant les deux dernières années, étaient devenues pour ainsi dire continues. Par l'examen cystoscopique, Abbe s'assura que le sang venait de l'uretère droit et il fit une incision lombaire exploratrice. Après plusieurs ponctions qui ne firent rien constater d'anormal, il incisa le rein, introduisit le doigt dans le bassin et trouva seulement l'extrémité d'une pyramide tapissée d'une légère couche sablonneuse, qui fut grattée. Suture de la plaie. Cessation des hématuries à partir du quatrième jour, pour ne plus reparaitre. Les douleurs ont cessé de même et la santé se maintient parfaite depuis l'opération.

Obs. 18. — THOMAS OLIVER, in *The Brit. Med. Journ.*, 1892, vol. I, p. 647.

Néphrite hémorragique douloureuse avec tumeur sanguine du rein.

X..., 23 ans, domestique, entre à l'hôpital se plaignant de douleurs dans les côtés depuis plus d'un mois. Pas d'antécédents héréditaires. Elle a eu la variole dans son enfance. Pas de scarlatine, ni de néphrite dans la jeunesse. Un mois avant son entrée à l'hôpital, douleur brusque entre les deux épaules. A son entrée, elle est pâle comme un cadavre. Elle se plaint de palpitations. Tumeur pulsatile présternale qui semble être un anévrysme de l'aorte. Respiration normale, le rythme un peu accéléré. L'urine examinée quelques jours après indiqua une albuminurie assez intense. Pas d'œdème. Règles normales.

Traitement. — Iodure de potassium. La tumeur anévrysmale disparaît, mais à ce moment la malade se plaint d'une violente douleur lombaire. Du côté droit, au niveau du rein, l'examen décèle une tumeur. Les vomissements sont constants. La malade urine du sang. Une ponction exploratrice dans la tumeur rénale ramène du sang. Le volume de cette tumeur augmente de jour en jour. Dyspnée excessive, violentes douleurs, pouls rapide, pas d'élévation de température. L'œdème des pieds et des jambes augmente, le membre inférieur s'affaiblit puis se paralyse tout à fait. La malade meurt dans le coma.

Autopsie. — Corps amaigri ; le poumon droit présente quelques adhérences ; la plèvre contient un peu de liquide.

L'abdomen est rempli d'un liquide couleur de café. Adhérences du péricarde, le cœur est hypertrophié et dilaté.

La région lombaire droite est occupée par une tumeur de la grosseur d'une noix de coco, très adhérente aux intestins. En l'attirant, on voit qu'elle appartient au rein, qui est profondément altéré. Toute la tumeur

est composée de sang. Le rein gauche est très petit, et peut être facilement décortiqué, montrant une surface granuleuse.

A l'examen microscopique de ce qui reste du rein droit, on observe des lésions de néphrite bien marquées. Les cellules sécrétrices, très élargies et granuleuses, sont dissociées à certains endroits, et leurs débris occupent l'intérieur des tubuli.

Les glomérules de Malpighi sont élargis, leur capsule est épaissie. Par places, il y a accroissement du tissu interstitiel. Ça et là, les sections montrent que le tissu fibreux est très augmenté et en forme de lamelle, et qu'il apparaît comme formé de tubuli comprimés. Un tissu très épais forme la limite du kyste qui contient le sang. L'autre partie de la coupe montre simplement du sang coagulé, des cellules sanguines, et des cristaux de sang.

Le rein gauche est le siège d'une néphrite interstitielle.

Obs. 19. — Professeur FOLET (de Lille).

Femme V. B..., 32 ans, fait une chute dans un escalier et tombe sur l'espace intercosto-iliaque droit. Elle ressentit une vive douleur qui reste localisée à la même place, et qui persiste, quoiqu'amoindrie, à l'heure actuelle. Une demi-heure après l'accident, hématurie abondante avec émission de caillots allongés et l'hématurie persiste onze jours.

La palpation est difficile par l'épaisseur de la paroi abdominale, mais la pression est douloureuse. Au bout de quelques jours, avec l'atténuation de la douleur, on sent une tuméfaction dans la fosse lombaire droite qui fait penser à un hématome.

Les douleurs s'atténuent d'abord et reparaissent ensuite très vives. Elles sont spontanées et provoquées par la palpation qui permet de constater une tuméfaction encore plus grosse dans la région rénale. Malgré l'absence de température, on croit à un hématome périnéphrétique ou sous-capsulaire suppuré.

Opérations.— Pratiquée dix mois après l'accident.

Pas de pus, mais la consistance de la glande est dure et anormale. La capsule propre est incisée au bistouri, sur une petite étendue ; elle est remarquablement épaissie et fibreuse, mais au-dessous d'elle, l'organe paraît sain. Incision le long du bord convexe du rein, au thermocautère, de la capsule épaisse de 4 à 5 millimètres. Drainage et sutures.

Suites opératoires. Remarquablement simples. Guérison des douleurs et la malade reprend son métier de servante.

Obs. 20. — BROCA, *Ann. des malad. des org. génito-urin.*, 1894, p. 881.

Néphralgie hématurique. — Exploration simple du rein. — Guérison.

Fav... Françoise, âgée de 28 ans, n'a jamais eu de maladie. A 26 ans, grossesse normale, elle nourrit pendant 19 mois, sans aucun accident, mais un mois après le sevrage, en juillet 1890, elle a eu pour la première fois une hématurie. Elle a éprouvé des douleurs dans la région lombaire et dans l'hypocondre à droite en même temps qu'elle voyait apparaître du sang intimement mélangé à ses urines. Depuis, l'hématurie n'a jamais disparu, au contraire, elle va en augmentant, jamais il n'y eut depuis cette époque une seule émission d'urine normale. Les douleurs rénales ont également toujours persisté, bilatérales, mais toujours légères et passagères à gauche, tandis qu'à droite, elles étaient très marquées. Continues, modérément intenses, elles existaient même la nuit, elles consistaient en une pesanteur sourde et jamais elles n'ont revêtu les allures d'une colique néphrétique, en outre, jamais il n'y a eu ni oligurie, ni élimination de calculs, ni même dépôt d'acide urique dans le vase. En septembre 1891 elle dut s'aliter et elle vient consulter le 21 novembre 1891.

A l'examen, on constate que le rein droit n'est ni hypertrophié ni abaissé, mais il est nettement douloureux à la pression dans l'angle costo-vertébral, moins en avant sous le rebord costal, contre le bord externe du muscle droit. Rien de semblable à gauche. L'hématurie est totale et pas influencée par les mouvements de voiture. La malade n'a pas maigri et tous les organes sont en bon état. Je pensais à de la tuberculose ou à un néoplasme du rein.

L'examen des urines donne le résultat suivant : urine sanglante avec quantité notable de globules rouges et blancs, sans pus. Cylindres de diverses natures, surtout épithéliaux, granuleux ; pas de cylindres colloïdes ; quelques blocs épithéliaux, d'origine rénale ; cristaux en petit nombre. Pas de bacilles de Kock. En somme rien ne prouvant soit tuberculose, soit cancer ; l'urine ressemble à celle d'une néphrite aiguë.

Par le repos au lit, l'hématurie ne diminue en rien. Les douleurs s'amendèrent à la pression en avant de l'hypocondre, persistèrent en arrière.

Opération. — Le 17 décembre 1891, incision lombaire droite, dénudation de l'organe. Pourtant, la coloration est normale, nulle part de point induré ou adhérent. On ne sent rien dans le bassin et dans l'uretère lombaire. Remise en place et fermeture de la plaie.

Les suites opératoires furent simples. L'hématurie disparut. Ni albumine, ni polyurie, ni oligurie. La malade se lève le 21^e jour et quitte l'hôpital le 22 janvier 1892.

Après trois ans d'observation, elle se portait bien.

Obs. 21. — GUYON, *Comptes rendus du IX^e Congrès français de chirurgie*, 1895, p. 534.

Néphralgie hématurique. — Néphrolyse. — Néphropexie. — Guérison.

Femme de 38 ans, sans antécédents pathologiques héréditaires et sans antécédents personnels.

En août 1892, sans cause appréciable, elle s'est mise à pisser du sang. Depuis cette époque, l'hématurie a continué, pour ainsi dire, sans interruption. Les urines sont uniformément teintées de sang. Parfois, pendant une miction, deux au plus, elles sont claires, mais jamais durant toute une journée. Elles ne contiennent pas de caillots, sauf en août 1893, où pendant deux jours, la malade aurait vu dans un vase des caillots allongés comme des vers. Cette hématurie persiste le jour et la nuit nullement influencée ni par le repos ni par la fatigue.

Jusqu'en août 1893, l'hématurie existe seule, et aucune douleur ni en urinant, ni dans la région lombaire. Mais à cette époque surviennent des élancements dans le flanc droit. Ces douleurs passagères se montrent soit le jour, soit la nuit, sans qu'on puisse les prévoir. Durant les deux jours pendant lesquels l'urine contenait des caillots, elles ont été plus vives. Elles ne se propagent pas le long de l'uretère, ni du côté de la vessie. Depuis le mois de février, ces douleurs ont presque disparu.

En août 1894, l'hématurie persiste jour et nuit, pas de caillots. Douleur presque nulle, parfois élancements dans le flanc droit.

Le rein droit est mobile dans le sens vertical ; si on examine la malade dans le décubitus dorsal, on ne sent que son extrémité inférieure ; dans le décubitus latéral gauche, il se dégage difficilement de l'hypocondre ; mais on peut l'explorer presque en entier. Il semble augmenté environ d'un tiers de son volume, légèrement irrégulier à sa surface, de consistance normale, mais sensible à la pression. Le rein gauche est tout à fait normal. La vessie n'est pas sensible.

A l'examen endoscopique, on ne voit pas de néoplasme vésical, par contre, au niveau de l'orifice urétéral droit, il se produit un jet de sang, quand on presse sur le rein du côté correspondant. Un deuxième examen endoscopique permet de constater une deuxième fois ce symptôme.

Les urines examinées histologiquement renferment des hématies en très grande abondance, quelques leucocytes, quelques cellules épithéliales de la vessie, mais pas de micro-organismes, pas de bacilles de Koch.

Le diagnostic probable est cancer du rein droit au début.

Opération. — Le 29 avril 1894, incision lombaire droite. Le rein est facilement isolé, à son extrémité inférieure, mais son extrémité supérieure est fortement adhérente et ces adhérences doivent être libérées aux ciseaux. L'exploration de l'organe dans son entier reste complètement négative, aussi on fixe simplement le rein et on suture la plaie.

Les suites opératoires furent très simples. Dès le surlendemain de l'opération, les urines furent claires et restèrent ainsi. L'hématurie disparut et les douleurs aussi. La malade quitte l'hôpital le 3 juin 1894, et depuis cette époque la guérison s'est maintenue.

Obs. 22. — HARRISON, *The Lancet*, 1896, 4 janvier, p. 18.

Néphrite chronique douloureuse. — Néphrotomie. — Guérison.

En 1887, j'ai opéré un homme de 50 ans qui passait une grande partie de son temps à travailler sous terre. De temps en temps il avait eu des hématuries avec coliques dans le côté ; j'en conclus qu'il souffrait de calculs rénaux. Comme toutefois les symptômes n'étaient pas très forts et ne se confinaient pas à un seul rein, l'opération fut remise à plus tard. Je continuai à le voir les mois suivants, et tandis qu'il continuait à travailler sous terre son urine devint albumineuse, et il eut des douleurs dans la région rénale droite. Je le fis entrer au Royal Infirmary, à Liverpool, où je résidais alors, et j'explorai le rein droit. L'organe fut trouvé augmenté de volume et tendu. Une incision longue d'un pouce fut faite à travers la substance corticale : je fis une exploration avec le doigt et ne découvris pas de pierre. Il y eut une débâcle de sang et d'urine qui continua environ quinze jours, un drain ayant été maintenu dans la plaie ; à la sortie du drain, la plaie cicatrisa et l'urine devint tout à fait normale. J'ai entendu dire, il y a quelque temps, que le malade était en parfaite santé et pouvait se livrer à ses occupations ordinaires.

Examen histologique. — Néphrite.

Obs. 23. — DEBERSAQUES, *Annales de la Société belge de chirurgie*, juillet 1898.

Néphralgie avec hématuries. — Néphrotomie. — Guérison.

H..., 38 ans, sans antécédents, sans passé urinaire, sans hémophilie ; il se rappelait avoir eu quelques vagues douleurs dans le flanc gauche, vingt ans avant. Il commença à uriner du sang en 1889, d'abord d'une façon intermittente.

C'est surtout depuis ces trois dernières années que les douleurs ont pris un caractère violent et paroxystique. Elles débutent d'une façon constante à la région rénale gauche, se dirigent vers l'aîne du même côté pour se perdre en général dans les parties génitales. La douleur est extrêmement vive et persiste pendant plusieurs heures ; elle diminue dans le décubitus dorsal.

Les accès se sont parfois prolongés pendant deux, trois et même quatre ours, ne laissant au patient qu'une rémission toute fugace. La répétition

de ces accès ne laissait pas à ce malade plus de trois à quatre jours de répit complet par mois.

L'hématurie coïncidait avec les douleurs, les précédant ou les suivant. Dans l'intervalle, l'urine avait une composition normale. La santé s'affaiblissait, le malade avait en quinze mois perdu 12 kilogs.

L'exploration est partout négative, sauf au niveau du rein gauche qui apparaît douloureux et légèrement mobile.

Le rein est mis à nu par une incision lombaire : la glande a son volume normal. La capsule paraît tendue, et à l'incision le tissu rénal se montre très congestionné. Le rein est fendu, le bassinot ouvert : on ne constate rien d'anormal, ni du côté de l'uretère qui est cathétérisé.

Le rein est suturé et abandonné.

Il y eut encore un peu de sang dans les urines à la suite de l'opération : depuis lors, et sous un contrôle complet, journalier, pendant trois semaines, elles ont gardé une composition normale.

L'opération remontait à six semaines, lorsque l'observation fut publiée, et jusqu'à ce moment les accès ne s'étaient pas manifestés même par la plus bénigne réminiscence.

Obs. 24. — LE DENTU, *Assoc. franç. de chirurg.*

XII^e Congrès, 1898, p. 36.

Périnéphrite douloureuse. — Néphrotomie superficielle sans résultat.

H... présente tous les signes d'un calcul du rein droit avec une netteté frappante.

Opération. — Exploration approfondie du rein et néphrotomie superficielle. Il existe une périnéphrite adhésive, et le rein est volumineux, brun violet, manifestement altéré, certainement transformé par l'inflammation.

Suites. — Les douleurs continuèrent et le malade mourut après plusieurs mois en proie à des souffrances intolérables.

Obs. 25. — LE DENTU, *Affect. chirurg. des reins et des uretères*, etc., Paris, 1889, et *Assoc. franç. de chirurg.*, XII^e Congrès, 1898, p. 36.

Néphrectomie du rein gauche. — Six mois après, néphro-capsulotomie pour calcul supposé du rein droit. — Douleurs sont calmées pendant quelques mois. — Mort au bout de deux ans avec vives souffrances.

H..., 39 ans, ayant subi la néphrectomie gauche pour un calcul rénal, non suppuré, commence au bout de six mois à souffrir de crises violentes dans la région lombaire droite, revêtant par leurs irradiations vers l'aîne, le testicule et la cuisse, la forme de la colique néphrétique. Ces crises se produisent surtout le soir et la nuit. Après la crise, il persiste dans la

profondeur des lombes et le long de l'uretère, une sensibilité très vive accrue par la pression.

Les urines très diminuées, 500 à 600 grammes par 24 heures, ne contiennent que 10 grammes d'urée par litre ; traces d'albumine.

Opération. — Le rein est augmenté de volume, mais ne paraît pas altéré macroscopiquement, sa palpation ne révèle pas la présence des calculs, pas plus que l'acupuncture ; la capsule est incisée au galvanocautère dans la longueur du bord convexe et le parenchyme est fendu au bistouri à une profondeur de trois à quatre millimètres.

Suites. — La quantité des urines se releva de 1.200 à 1.300 grammes, et les douleurs se calmèrent pendant quelques mois, puis elles réapparurent jusqu'à la mort, qui survint deux ans après.

Il n'a pas été prélevé de fragments du rein pour l'examen histologique. M. Le Dentu émet l'idée que les souffrances sont dues à une néphrite sympathique.

Obs. 26. — LE DENTU, *Assoc. franç. de chirurg.*, XII^e Congrès, 1898.

Néphrite lithiasique partielle et douloureuse. — Néphrotomie. — Guérison.

H..., 30 ans, souffrant du rein gauche depuis dix-huit ans et ayant eu des crises de gravelle, pendant deux ans, qui, après avoir cessé pendant neuf ans, ont réapparu pendant six ans. Il y avait huit mois environ que le malade n'avait pas eu de crises de gravelle, lorsqu'il vint consulter pour des douleurs n'ayant pas cessé de le torturer depuis la dernière crise. Continues et toujours intenses, elles affectaient par moments la forme paroxystique, mais sans émissions de graviers ni de sables. La palpation déterminait une douleur très vive en arrière, au-dessous de la 12^e côte et en avant dans la profondeur de l'hypocondre. Enfin, à la radiographie, on crut voir une opacité dans le rein.

On porta le diagnostic de calcul rénal, mais en faisant quelques réserves.

Opération. — Le rein mis à nu n'était pas entouré de périnéphrite adhésive ; il était plus long que normalement et son extrémité inférieure était légèrement bosselée et d'un rouge un peu violacé. L'acupuncture exploratrice n'ayant rien révélé, le rein fut fendu jusqu'au bassin et chacune de ses tranches fut minutieusement explorée à la piqure sans résultat. La partie du rein fendu correspondant aux bosselures de la surface avait une coloration gris bleuâtre tranchant sur le reste et occupant un territoire circulaire de près du tiers du parenchyme.

Bien que l'examen histologique n'ait pas été pratiqué, la conviction de M. Le Dentu est qu'il s'agit d'une néphrite localisée ayant sans doute pour cause la lithiase dont le malade a souffert pendant plusieurs années.

Suites. — Malgré la suppuration de la plaie, le malade guérit sans fis-

tule et les douleurs disparurent complètement et ne s'étaient pas reproduites quatre mois après.

Obs. 27. — LE DENTU, *Assoc. franç. de chirurg.*, XII^e Congrès, 1898.

Néphrite chronique douloureuse. — Néphrectomie. — Mort.

F..., 40 ans, avait éprouvé plusieurs fois, avant le jour où je fus appelé à l'examiner, des symptômes violents de colique néphrétique. A partir du 30 novembre 1895, elle avait eudouze crises, caractérisées par des douleurs intenses dans le flanc gauche, des envies incessantes d'uriner et des frissons souvent de longue durée (jusqu'à cinq et dix heures), sans que la température s'élevât au-dessus de la normale. Ces frissons avaient quelquefois manqué, ainsi que les envies fréquentes d'uriner. Une anurie absolue s'était manifestée pendant la première crise et avait duré environ trois heures.

A la palpation, le rein gauche était volumineux et abaissé, et on arrivait difficilement à sentir l'extrémité inférieure du rein droit. L'examen révélait des souffrances extrêmement vives à gauche. Quoique le malade n'eût jamais rendu de gravier ni de sable urique, le diagnostic de lithiasie s'imposait.

Le 20 janvier 1896, je mis à nu le rein et constatai qu'il portait un certain nombre de kystes conglomérés ayant des dimensions variables, depuis celles d'une noisette jusqu'à celles d'une noix. Des piqûres multiples ne révélèrent pas la présence d'une seule concrétion grosse ou petite, et comme l'organe était très altéré, je fis la néphrectomie.

Ce rein avait une longueur anormale, 16 centimètres, il était creusé de plusieurs cavités kysliques et son parenchyme offrait tous les caractères de la néphrite interstitielle, mais l'examen histologique n'a pas été fait.

L'autre rein devait présenter des lésions semblables, quoique moins prononcées, car le malade mourut après une anurie de 36 heures.

Obs. 28. — LE DENTU, Néphrites douloureuses et néphrotomie,
Cong. de chirurgie, 1898.

*Néphralgie. — Incrustation de sable urique dans les pyramides.
Néphrocapsulotomie. — Guérison.*

Le 8 octobre 1880, je fis ma première tentative, la première en France, d'extraction d'un calcul présumé du rein. L'aiguille exploratrice, enfoncée à plusieurs reprises dans le parenchyme non incisé, ne rencontra que quelques petites concrétions extrêmement fines, qu'elle déplaça et qui furent éliminées par le malade entre le 10^e et le 12^e jour, après l'opération, en donnant lieu aux symptômes d'une petite colique néphrétique. Puis ce

fut tout. Or, le malade souffrait tellement et depuis plusieurs années : il avait rendu du sable urique tellement fin à la suite de coliques néphrétiques assez violentes, qu'on peut dire qu'il y avait disproportion entre le volume de ces concrétions et les souffrances très vives que leur élimination intermittente à longs intervalles n'avait pas calmées. Cette disproportion m'avait tellement frappé, au cours même de mon opération, que je n'hésitai pas à rapporter la plus grande partie des douleurs à la congestion qu'entretenait la présence d'un peu de sable, et j'eus l'idée de fendre du haut en bas la capsule propre du rein et le parenchyme sur une épaisseur d'un demi-centimètre à peine, au moyen du thermocautère. Grâce à cette précaution, l'opération eut un plein succès. L'opéré guérit non seulement de l'intervention, mais aussi de ses souffrances. Courbé jusqu'à sur lui-même, il se redressa entièrement, n'eut plus de coliques néphrétiques et ne souffrit plus jamais. Cet heureux état ne fut interrompu que par une pneumonie à laquelle il succomba trois ans après.

Obs. 29. — BLOCH, *Revue de chirurgie*, 1898.

Néphrite douloureuse. — Néphrotomie. — Guérison.

F..., 35 ans, a depuis huit ans des douleurs dans la région rénale, survenant par crises au début de tous les mois, maintenant deux fois par semaine, et qui l'empêchent de travailler. Elle a subi l'opération d'Emmet, il y a trois ans, et porte depuis un pessaire à cause d'une rétroflexion utérine. Pas de tumeur rénale.

Urines normales avec seulement quelques cellules pavimenteuses épithéliales. Pas de diagnostic.

Opération. — Le rein est difficile à extraire, parce qu'il adhère à l'enveloppe cellulo-graisseuse. Il est allongé, bleuâtre, en un seul point très foncé.

Ne trouvant rien par la palpation et la ponction, on fend l'enveloppe fibreuse, puis le parenchyme jusqu'au bassin, qui ne renferme ni liquide, ni calcul. On excise un morceau de parenchyme.

Suites. — Guérison rapide. La malade ne souffre pas du côté opéré, mais ressent quelques douleurs dans l'extrémité inférieure du rein opposé ; un an après elle continue à aller très bien et à vaquer à ses affaires.

L'examen du fragment incisé montre des lésions de néphrite parenchymateuse interstitielle.

Obs. 30. — BLOCH, *Revue de chirurgie*, 1898.

Néphrite douloureuse. — Néphrotomie superficielle. — Guérison.

F..., 33 ans, offre depuis un an et demi des symptômes ressemblant à la colique néphrétique, mais en même temps d'autres symptômes divers : difficultés menstruelles, désordres gastriques, maux de tête, palpitation de

cœur, dyspnée, quintes de toux, sueurs nocturnes, amaigrissement. Rein droit un peu gros et endolori. Rien dans les urines, malgré les analyses réitérées. Pas de d'agnostic.

Opération. — Rein est extrait difficilement bien qu'il n'y ait pas d'adhérences. Il est gros et plus long que normalement. La capsule offre de petites ecchymoses et ça et là des bosselures d'aspect bleuâtre et transparent. A la palpation et à l'acupuncture, on ne trouve pas de calculs. Le parenchyme incisé dans une profondeur d'un demi à deux centimètres est d'un rouge gris et un peu opaque. On résèque un morceau de la substance corticale et la plaie est refermée au catgut.

Suites. — Guérison rapide. Disparition totale des douleurs. La malade, revue cinq ans après, se portait très bien.

Examen. — L'examen du fragment prélevé montra l'existence d'une néphrite légère avec microbes en certains points ; dans d'autres, on trouva quelques cylindres dans les tubes urinifères.

Obs. 31. — NIMIER, *Soc. de chirurg. de Paris*, 8 juin 1898.

H. . . , 21 ans. Hématurie à la suite d'un traumatisme portant sur la région antérieure gauche de l'abdomen et remontant à quatre ans. Hématurie d'abord intermittente, provoquée par la fatigue, mais persistant depuis six mois. Coliques urétérales, rein douloureux à la palpation. Diagnostic ? Néphrectomie. Guérison opératoire. Persistance des hématuries. Le rein enlevé présente au niveau d'une papille indurée, un peu de sclérose, les tubes sont sains, leur épithélium est normal, leur lumière libre. En un seul point, on aperçoit une prolifération intense et diffuse de cellules embryonnaires, sans lacs sanguins.

Obs. 32. — DEMONS, *Assoc. franç. de chirug.*, XII^e Congrès, 1898.

F. . . , 24 ans. Il y a deux ans, douleur très vive dans le flanc gauche prise pour des coliques néphrétiques. Depuis quelques semaines, hématurie très abondante, et une anémie inquiétante. Au cystoscope, sang vient uniquement du rein gauche. Diagnostic ? Néphrectomie. Guérison se maintenant depuis neuf ans. Sclérose rénale avec prédominance des lésions dans les glomérules et le long des tubes collecteurs.

Obs. 33. — ALBARRAN, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1898, p. 466.

H. . . , 35 ans. Depuis trois ans, douleurs dans le rein gauche et hématurie survenant de temps en temps à la suite de fatigues. Dans les derniers temps, la douleur se localise au rein droit, qui est augmenté de volume et donne seul du sang au cystoscope. Au mois d'avril, très violente douleur

du côté du rein droit, ressemblant à une colique néphrétique sans irradiation. Cette douleur dure huit jours. Quatre jours après, à la suite d'une marche, hématurie durant une journée. Dans l'urine, rares cylindres ; albumine. Diagnostic ? Néphrotomie ; guérison pendant un an et demi. Après ce laps de temps, les hématuries réapparaissent et les urines contiennent des cylindres et de l'albumine. Néphrite chronique.

Obs. 34. — Pousson, *Bull. Soc. chirurg.*, 7 juin 1898. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juin 1902, p. 642.

Néphrite unilatérale chronique douloureuse avec hématurie. — Néphrotomie. Persistance des symptômes. — Néphrectomie. — Guérison.

Joseph P..., 31 mars, a subi le 22 novembre 1898 une hystérectomie abdominale totale pour fibrome. Trois mois après, elle présente une hématurie. Les urines sont franchement rouges depuis la première jusqu'à la dernière goutte, mais sans caillots, sans douleurs à l'émission, sans fréquence des mictions. Il y a 8 semaines qu'elle rend à chaque miction des urines plus ou moins sanguinolentes, mais toujours teintées, lorsqu'elle se décide à venir à la clinique.

A son entrée, le 1^{er} mai, elle se plaint de souffrir constamment dans la région lombaire gauche de douleurs sourdes qu'exagèrent la marche, la station verticale prolongée et qu'apaise, sans les faire disparaître, le décubitus horizontal. Le sang qui faisait défaut lorsqu'elle est venue quelques jours auparavant à la clinique, a reparu dans les urines qui sont franchement rouges, très fluides, ne contenant pas de caillots et ne formant aucun dépôt au fond du vase.

Examen des urines :

Quantité.	1.600 gr.	
Densité	1.012 »	
Urée.	14 gr.	par litre
Acide urique.	0 gr. 30	»
Indican normal	0 gr. 30	»
Chlorures	4 gr. 90	»
Phosphates	1 gr. 35	»
Sérum.		
Globuline	3 gr. 70	»
Hémoglobine.	fortes proportions.	

Très nombreuses hématies ; quelques leucocytes ; staphylocoques et bactéries de la fermentation ammoniacale.

L'exploration minutieuse des deux régions lombaires ne révèle aucune tuméfaction des reins, mais la pression des doigts dans le sinus costovertébral gauche est très douloureuse ; de même la palpation sur le trajet

de l'uretère correspondant. La vessie qui se vide bien n'est pas sensible à la palpation. L'examen endoscopique montre une muqueuse vésicale pâle exempte de toutes lésions inflammatoires ; par l'orifice de l'uretère droit, on voit sourdre l'urine avec sa coloration normale, mais l'orifice du côté gauche ne laisse pas passer de liquide.

Comme la santé générale de la malade décline et qu'elle présente des symptômes d'urémie, on décide l'intervention.

Opération. — Le 13 juin, incision lombaire gauche sous chloroforme. Le rein se cache profondément derrière les fausses côtes. Il est volumineux, congestionné et violacé. Incision du bord convexe d'un pôle à l'autre, de part en part jusqu'au bassinnet. Il s'écoule une grande quantité de sang noir. Les surfaces de section montrent que la couche corticale, plus épaisse que normalement, est plutôt pâle, jaunâtre, tandis que la substance médullaire est d'un rouge foncé. Bassinet sain, excision d'un morceau cunéiforme pour l'examen histologique et fermeture après drainage.

Suites opératoires. — Assez bonnes, le volume des urines augmente progressivement, et elles restent toujours rosées. La plaie se ferme le 21 juin. Elle quitte l'hôpital le 16 juillet. J'ai eu plusieurs fois de ses nouvelles depuis lors ; ses urines demeurent toujours sanguinolentes et il est probable que la dépuration rénale est insuffisante, car elle présente de temps à autre des accidents d'urémie.

Examen histologique du fragment rénal prélevé : Glomérules. — Les glomérules possèdent toutes les lésions, depuis le simple épaissement de la capsule de Bowmann et la présence de quelques tractus fibreux dans le bouquet glomérulaire jusqu'à la transformation fibreuse complète de l'appareil glomérulaire ; épaissement énorme de la capsule complètement fusionnée avec le glomérule transformé lui-même en un petit bloc fibreux. Il y a encore un assez grand nombre de glomérules peu ou pas altérés.

Tubes urinifères. — Les tubes pourvus d'un épithélium à bâtonnets (tubuli contorti et branches ascendantes de Henle) sont quelquefois sains. Plus souvent, ils sont altérés et présentent alors soit de la tuméfaction trouble, soit de la dégénérescence granulo-graisseuse, avec ou sans désintégration de la partie interne de la cellule. Ailleurs, dans les grands placards conjonctifs dont nous reparlerons, leur épithélium s'aplatit, change de caractère, devient cubique, clair, indifférent ; les tubes se rétrécissent, si bien qu'ils arrivent à disparaître presque complètement au milieu de ce tissu fibreux assez abondamment infiltré de cellules. Les tubes excréteurs sont dilatés ; l'épithélium est un peu aplati.

Tissu conjonctif intertubulaire. — Il est excessivement hyperplasié ; et cette hyperplasie est distribuée en placards irréguliers, étendus. Les tubes sont très éloignés les uns des autres, et comme il a déjà été dit, beaucoup d'entre eux sont atrophiés. En dehors des placards fibreux, le tissu conjonctif est aussi légèrement hyperplasié.

Vaisseaux sanguins. — Les artères présentent des lésions très accentuées de périartérite et surtout d'endartérite. Quelques artères d'assez gros calibre sont presque complètement oblitérées par endartérite. Ces lésions vasculaires s'observent surtout au niveau des placards d'hyperplasie conjonctive.

En résumé, il s'agit d'une néphrite interstitielle chronique.

Deuxième partie. — Du 16 juillet au 12 novembre, laps de temps pendant lequel la malade a séjourné hors de l'hôpital, les urines sont restées constamment sanguinolentes, avec des variations de nuances. A diverses reprises, la malade qui souffrait habituellement de la région lombaire gauche, mais très modérément, a eu des crises de douleurs rénales, à gauche, très intenses ; à diverses reprises également, la région lombaire s'est tuméfiée ; enfin, ainsi que cela s'était produit avant l'opération, les membres inférieur et supérieur gauches ont été plusieurs fois le siège d'œdème passager d'une durée d'une huitaine de jours.

Les symptômes d'urémie ne vont dès lors qu'en s'accroissant. Elle accuse une douleur continue, sourde, dans la région lombaire gauche. La pression à ce niveau est douloureuse, mais le rein ne paraît pas augmenté de volume. La pression sur le trajet des uretères est négative, la vessie est insensible et il n'y a aucun trouble dans la miction.

Les urines sont rosées, un peu louches ; l'analyse donne :

Volume des 24 heures	900 gr.
Densité	1.008 »
Réaction	acide
Urée	7 gr. 50 par litre
Acide phosphorique total en P^2O^3	0 gr. 80
Chlorure de sodium	1 gr. 60
Albumine	0 gr. 12

Hématies nombreuses ; quelques rares leucocytes, cellules épithéliales de la vessie ; pas d'éléments figurés rénaux. Quant à l'examen bactériologique il démontre l'existence d'un très grand nombre de microbes de la fermentation urinaire, mais aucun organisme pathogène, et notamment pas de bacilles de Koch.

Le 9 décembre, la quantité d'urine, qui se maintenait seulement entre 500 et 600 grammes, étant descendue jusqu'à 400 grammes et l'urée au-dessous de 4 grammes, je pense à supprimer le rein gauche qui trouble le fonctionnement de son congénère. Mais avant de pratiquer la néphrectomie, je m'assure de la valeur physiologique du rein droit. A cet effet, je procède à la cystoscopie qui me montre de l'urine sortant incolore de l'uretère droit, tandis qu'à gauche, elle jaillit rosée. Malgré les tentatives répétées, impossibilité de cathétériser l'uretère droit. L'injection du bleu de méthylène suivie de la cystoscopie, me montre, au bout de trente-cinq

minutes, que l'urine sort blême de l'uretère droit, tandis qu'elle sort rosée de l'uretère gauche. Bien que cette épreuve n'ait pas une valeur absolue, je me décide à la néphrectomie.

Opération (12 décembre 1899). — Les adhérences réunissant le rein aux muscles du fait de la néphrotomie antérieure rompues, j'arrive rapidement sur le rein que j'enlève facilement.

Suites opératoires. — A partir du troisième jour, le taux des urines augmente et varie entre 1.000 et 1.500 grammes. A partir du 25 décembre, jusqu'à sa sortie de l'hôpital le 18 janvier, la femme P... présente un état de santé excellent.

L'analyse des urines rendues dans les dernières 24 heures du séjour de la malade à l'hôpital donne :

Volume des 24 heures	1.600 gr.
Densité.	1.012 »
Réaction	alcaline
Sédiment.	assez abondant
Urée.	40 gr. 40 par litre
Acide phosphorique total (en P ² O ⁵). . .	1 gr. 20
Chlorure de sodium.	8 gr. 80
Albumine	très légère

Phosphates terreux et quelques leucocytes au microscope.

Examen du rein enlevé. — Le rein mesure 10 centimètres de longueur et 3 centimètres d'épaisseur. Au niveau du bord convexe on trouve sous forme d'une dépression irrégulière, adhérente à la capsule graisseuse qui a été enlevée en partie, la cicatrice de l'ancienne néphrotomie. Cette région a une coloration bleu noirâtre. Les deux cornes rénales diffèrent, non par leur volume, mais par leur coloration. La corne inférieure est pâle, blanc grisâtre, la corne supérieure est d'une coloration irrégulière violacée. La capsule propre du rein se détache sans entraîner de parenchyme rénal au niveau de la corne supérieure ; au niveau de la corne inférieure au contraire, la capsule adhère d'une façon intime au parenchyme, qui se déchire sous l'influence des tractions. A la coupe on trouve les différences de coloration que l'aspect extérieur avait décelées. Les deux substances corticale et médullaire se distinguent très nettement et à la première en particulier présente une épaisseur normale. Deux fragments sont prélevés pour l'examen histologique, l'un au niveau de la corne supérieure, l'autre au milieu de la corne inférieure.

Examen histologique. — Sur les coupes du fragment de la corne supérieure, les tubes contournés présentent une dilatation de leur lumière ; l'épithélium est trouble et presque partout en voie de desquamation ; les glomérules sont atteints de néphrite : peu de prolifération conjonctive. Malgré la différence de coloration extérieure, la coupe de la corne infé-

rieure présente à peu près les mêmes lésions, mais elles semblent plus avancées. La capsule est beaucoup plus épaisse que dans la corne supérieure. On voit une prolifération abondante des noyaux des glomérules et une desquamation de la capsule de Bowmann ; dans les canalicules, des rangées entières de cellules troubles se détachent et on y aperçoit quelques globules sanguins.

Obs. 35. — LOUMEAU, *Assoc. franç. d'urologie*, 4^e session, Paris, 1899, p. 129.

Hématurie rénale brightique avec néphralgie. — Néphrectomie. — Mort seize jours après l'opération.

Mme V., 34 ans, est soignée depuis 1894 par M. le Dr Balade pour des troubles dyspeptiques, avec constipation habituelle aboutissant fréquemment à d'abondantes diarrhées.

Le 20 août 1898, elle constata pour la première fois la présence du sang dans ses urines, qu'elle rendait d'ailleurs facilement et sans douleur. En même temps, elle se plaignait d'un endolorissement dans le rein gauche et le long du trajet urétéral correspondant. Examen négatif du cœur et des poumons. Traitement médical dirigé, sans aucun résultat, contre l'hématurie.

Le 10 décembre suivant, je suis appelé à voir la malade. Très affaiblie, elle a la peau et les muqueuses décolorées. Essoufflée au moindre effort, elle éprouve des palpitations quand elle fait une course un peu longue ou qu'elle gravit un escalier. Depuis quatre mois, elle urine du sang d'une manière continue. Cette hématurie est totale, caractérisée par une urine également sanguinolente au début, au milieu et à la fin de la miction. Celle-ci est d'ailleurs normale comme fréquence, indolence et facilité. Aucun rapport de cause à effet ne peut être attribué par la malade, dans la production de ses hématuries, soit au repos, soit à la fatigue. Le décubitus dorsal n'a, pas plus que la marche ou la station verticale, la moindre influence sur leur apparition ou leur diminution. Le rein gauche est toujours endolori, mais cette douleur est soulagée, dit la malade, par le pissement du sang. La vessie est insensible au palper hypogastrique, seul ou combiné au toucher vaginal, lequel ne révèle rien d'anormal du côté de l'appareil génital. L'exploration du rein droit et de l'uretère sous-jacent est négative. Du côté gauche, le rein est légèrement perceptible, mais surtout très sensible à la palpation, qui est également pénible au niveau de l'uretère.

L'examen cystoscopique, pratiqué après lavage borique de la cavité vésicale, montre que la vessie est intacte, que l'uretère droit donne issue à de l'urine limpide, tandis qu'une éjaculation sanglante est fournie par l'orifice urétéral gauche.

L'analyse bactériologique des urines, pratiquée à maintes reprises, a toujours été négative au point de vue bacillaire.

Le 12 janvier 1899, la malade revient me voir. Sa faiblesse est extrême, elle peut à peine marcher. Elle a de fréquentes syncopes qui l'obligent à garder le lit une partie de la journée. L'hématurie n'a pas cessé ; si parfois l'urine est un peu plus claire, aussitôt le rein gauche devient très douloureux et les souffrances ne cèdent que lorsque le sang arrive plus abondamment. Très léger œdème malléolaire.

Le 29 janvier au matin, l'hématurie s'arrête, mais une douleur atroce se produit sur le trajet réno-vésical droit. La douleur s'arrête dès que le sang reparaît dans l'urine. Le fait de voir le rein droit jusqu'alors silencieux, devenir douloureux à son tour ne laisse pas que de devenir bien troublant. Mon confrère, M. Balade, croit à la bilatéralité des lésions rénales qu'il attribue au mal de Brigt : ce qui rend, à ses yeux, très problématique l'issue favorable d'une opération sur le seul rein gauche. De mon côté, et malgré l'absence des bacilles de Koch dans les urines, je penche plutôt vers le diagnostic de tuberculose primitive du rein gauche, mettant sur le compte d'un réflexe réno-rénal, émanant du côté gauche, la douleur récemment accusée par la malade du rein droit, dont le cystoscope m'a précédemment démontré la sécrétion limpide.

Le 1^{er} février, la malade, d'une pâleur cadavérique, a le pouls filiforme, la voix imperceptible. Le moindre mouvement provoque une syncope. Elle accepte l'opération que je lui propose.

Opération. — Le 2 février, sous chloroforme, incision lombaire menée de la 12^e côte à l'épine iliaque. La moitié inférieure du rein apparaît seule au fond de la plaie, sa moitié supérieure étant cachée dans la cavité thoracique. Après pas mal d'efforts, j'arrive à l'énucléer. Il est très augmenté de volume. Sa capsule propre est congestionnée avec ça et là, de larges dif-fusions sanguines sous-jacentes. Dans le but d'économiser le sang de la malade et pour terminer au plus vite l'opération, je ne pratique pas l'incision exploratrice et procède d'emblée à la néphrectomie. Drainage de la plaie et sutures.

Suites opératoires. — A partir de l'opération, les urines ont cessé d'être sanglantes ; c'est à peine si pendant les trois premiers jours elles ont présenté une teinte rosée qui a ensuite définitivement disparu. Quant à leur quantité quotidienne, elle a varié de 700 à 1.500 grammes.

Le 2 février, dans la journée, faiblesse excessive, grande soif, nausées, vomissements. T. V. 38°4 ; P. 120.

Le 3, apparition de pétéchies sous la peau des doigts des deux mains ; vomissements bilieux ; nausées continues ; grande faiblesse ; soif intense ; sérum artificiel ; caféine, éther. T. 38°8 ; P. 104.

Le 5, faiblesse croissante ; pouls filiforme, 140 ; nécessité pour soutenir la malade, de renforcer les doses de sérum, de caféine et d'éther. La plaie

va bien, le drain et une partie de la mèche sont retirés. Un lavement donné pour combattre la constipation dont se plaint l'opérée amène l'évacuation d'une énorme quantité de matières très dures. Vomissements incoercibles de glaires, de crachats, de bile. T. 39° ; P. 130.

Le 6, la malade se sent mieux, elle ne vomit plus et prend deux litres de lait dans la matinée. Selles diarrhéiques très fétides, soit inextinguible ; sécheresse des lèvres, de la langue et de la gorge. Le reste de la mèche de gaze est retirée de la plaie, maintenant réunie. Mais la température reste à 39°8 et le pouls à 140.

Du 7 au 10, persistance de la diarrhée, toujours fétide, avec expulsion de membranes moulées, semblant accuser la desquamation d'une vaste étendue de muqueuse intestinale. Agitation très grande de la malade, autrefois douce et aimable, et qui aujourd'hui parle avec volubilité et arrogance, injuriant grossièrement ceux qui l'entourent. Température variable de 38° à 39° ; pouls de 110 à 120.

Le 11, vomissements bilieux ; diarrhée profuse et muco-membraneuse ; urines toujours claires ; lèvres et langue plus humides ; désunion spontanée de la plaie qui suppure.

Le 14, la malade est très abattue, ses traits sont tirés, son regard sans expression ; la diarrhée continue, ainsi que la suppuration de la plaie.

Le 17, prostration profonde ; aspect typhique, pustules d'ecthyma sur le ventre et les cuisses ; la plaie reste humide, la température est à 38°4 ; les urines rendues involontairement ou mélangées aux selles diarrhéiques depuis plusieurs jours, ne peuvent plus être recueillies isolément.

Le 18, état demi-comateux ; peau sèche ; fuliginosités aux lèvres ; soubresauts dans les tendons ; réponses brèves et saccadées ; humidité persistante de la plaie ; urines légèrement albumineuses ; mort le soir à 9 heures, après une chute de température à 37°.

Voici le tableau quantitatif des urines émises quotidiennement par l'opérée pendant les onze premiers jours qui suivirent la néphrectomie :

1 ^{er} jour	900 grammes.
2 ^e —	1.150 —
3 ^e —	1.150 —
4 ^e —	1.500 —
5 ^e —	1.300 —
6 ^e —	1.250 —
7 ^e —	1.700 —
8 ^e —	1.200 —
9 ^e —	1.100 —
10 ^e —	900 —
11 ^e —	700 —

Examen du rein enlevé. — Le rein pèse 172 grammes. Sa surface est

lisse, de coloration pâle. La capsule s'en détache facilement sans entraîner de fragments du parenchyme rénal. Sa consistance est normale. A la coupe, on constate de la pâleur de toute la surface de section. L'épaisseur de la substance corticale est de 5 à 6 millimètres dans les deux tiers supérieurs du rein ; elle est seulement de 4 à 5 millimètres dans son extrémité inférieure. Sauf la pâleur déjà signalée, la substance médullaire ne présente rien d'anormal. On ne voit dans le parenchyme rénal ni foyer hémorragique, ni granulation d'apparence tuberculeuse. Sur quelques points de la muqueuse des calices existe un léger piqueté hémorragique.

Examen histologique. — Tous les éléments constitutifs du rein sont altérés.

Les *glomérules* présentent des lésions de sclérose à des degrés très variables. Les plus malades (ils sont très rares) sont transformés en un bloc arrondi de tissu scléreux dans lequel bouquet glomérulaire et capsule sont confondus et dans lequel on ne trouve que quelques cellules fixes à noyaux très allongés situés dans l'intervalle des fibres conjonctives. Ailleurs, la capsule fortement épaissie adhère sur une étendue variable au bouquet glomérulaire, qui est diminué de volume et coupé par 2, 3, 4 traverses conjonctives plus ou moins épaisses. Le plus souvent la capsule est épaissie ; le bouquet glomérulaire, de volume normal, ne lui adhère pas, mais il présente un léger état scléreux caractérisé par l'existence des fibrilles conjonctives, séparant notablement les anses capillaires glomérulaires. Dans la lumière située entre le bouquet vasculaire et la paroi capsulaire, il existe presque toujours un exsudat plus ou moins abondant, formé de petites granulations irrégulières, colorées par l'éosine et quelques rares cellules détachées de la surface soit du glomérule, soit de la capsule. Les cellules de revêtement du glomérule et de la capsule sont souvent tuméfiées et saillantes, pourvues d'un noyau ovalaire. Peu de glomérules sont complètement sains.

Les *tubes contournés* sont très altérés. Il y en a peu dans lesquels on puisse trouver des cellules intactes. Dans les moins malades, les cellules épithéliales sont en état de tuméfaction trouble. Presque partout les lésions sont plus avancées. Le revêtement épithélial forme un anneau protoplasmique fortement granuleux, sans limites cellulaires, de hauteur inégale, mais en général bien inférieure à la hauteur des cellules à bâtonnets normales, à surface interne excessivement irrégulière. Dans cette bande protoplasmique on ne trouve souvent aucune trace de noyau, parfois, 1, 2, 3 noyaux en chromatolyse, représentés par un amas de grains plus ou moins mal colorés, parfois enfin quelques noyaux bien colorés. La lumière des tubes est remplie par une substance granuleuse, provenant de la dégénérescence granulo-graisseuse et de l'abrasion des cellules et par des cellules colloïdes arrondies plus ou moins volumineuses.

Les *branches ascendantes de Henle* sont moins altérées que les tubes con-

turnés. On y trouve des tubes à épithélium normal ou à peu près normal. Mais dans la plupart d'entre eux les cellules sont en état de tuméfaction trouble avec noyau encore bien conservé. Enfin, dans un certain nombre, les cellules sont en dégénérescence granulo-graisseuse, plus ou moins abrasées, dépourvues de limites, de façon à ne former, comme plus haut, qu'un anneau protoplasmique sans noyaux ou avec quelques noyaux altérés.

Dans les branches grêles de Henle et dans les premiers tubes collecteurs, les cellules épithéliales sont gonflées et souvent en voie de desquamation intense.

Les artérioles et les artères de petit et de moyen calibre présentent souvent de l'endartérite et de la périartérite. Autour d'elles le tissu conjonctif hyperplasié forme des travées qui dissocient et compriment les tubes urinaires. Loin des vaisseaux, le tissu conjonctif, quoique moins hyperplasié, forme un réseau intertubulaire très nettement visible, écartant notablement les tubes les uns des autres.

Obs. 36. — GUYON et ALBARRAN, 4^e Session de l'Assoc. franç. d'urologie, Paris, 1899, p. 76.

Néphralgie hématurique pendant la grossesse. — Guérison spontanée après l'accouchement.

C. H..., âgée de 22 ans, eut un enfant, il y a 15 mois, qui est venu à 7 mois 1/2 par le siège.

Elle est enceinte de 7 mois. Il y a six semaines que la malade souffre de la vessie. Elle ne peut pas rester assise par suite des douleurs qu'elle éprouve.

La malade s'aperçut à cette époque qu'elle avait les urines teintées de sang ; en même temps les mictions s'accompagnaient de douleurs assez vives. Cet état assez peu accusé au début ne fit qu'empirer jusqu'à aujourd'hui.

Les mictions sont très douloureuses, avant et pendant toute la durée de la miction, mais surtout après ; elles ne sont pas impérieuses. Quant à la fréquence, elle n'existe pas. La malade urine rarement et n'éprouve même pas le besoin d'uriner.

Les urines sont rares, albumineuses, teintées de sang. Le sang est apparu la première fois, il y a six semaines. Le sang semble augmenter de quantité dans les urines. Elles sont plus foncées depuis quelques jours.

La malade accuse de la douleur du côté des reins, s'exaspérant au moment de la miction, puis sur le trajet des uretères. Ces douleurs ont disparu depuis que la malade est à l'hôpital.

Les reins sont douloureux à la palpation dans le triangle costo-vertébral.

Pas de fièvre. Assez bon appétit, pas de constipation.

Le 28 juin 1899, M. Albarran pratique la cystoscopie. L'urine qui sort par les orifices urétéraux ne coule pas en jet dans la vessie, mais en bavant. Une sonde introduite dans l'uretère droit laisse couler de l'urine sanguinolente pendant les trois heures qu'on la laisse. Quant à l'urine venant de la vessie, c'est-à-dire celle du rein gauche, elle contient toujours du sang.

Le 7 juillet, les urines ne sont plus sanglantes, mais restent un peu troubles avec dépôts.

La malade sort le 17 juillet pour aller accoucher à Baudelocque.

Elle accouche normalement le 18 juillet, et, le 18 septembre, les douleurs et les hématuries n'avaient pas reparu.

Obs. 37. — ISRAEL, in *Mitt. a. d. Grenzg. d. Mediz. u. Chir.*, 1899.

Néphrite douloureuse d'origine métastatique avec accès apparaissant deux fois par jour. — Adhérences du rein à la capsule adipeuse. — Néphrotomie et néphropexie. — Guérison pendant un an et demi.

Mme F..., 42 ans, entrée le 22 février 1897. Elle a eu sept enfants, dont un est mort de tuberculose. Sa dernière grossesse date de huit ans. En janvier 1897, ses règles cessèrent et reparurent au mois de février avec de fortes douleurs. La malade ne croit pas avoir fait de fausse couche. La métrorragie avec une courte suspension s'est prolongée depuis ; la fièvre est survenue, a cessé pendant huit jours, est revenue avec des douleurs dans le rein et dans le bas-ventre.

Examen. — Les annexes sont très douloureuses à gauche, le corps de l'utérus est immobile, fixe, remplissant le cul-de-sac latéral gauche, ainsi que le Douglas ; les reins sont accessibles des deux côtés, un peu abaissés, le droit légèrement douloureux. Dans l'urine, rien d'anormal. Après amélioration de la métr ovarite, le 16 mars apparaissent de fortes douleurs dans l'hypocondre droit, avec propagation vers les lombes. Les accès reviennent deux fois par jour, le rein droit se montre très sensible à la pression et abaissé.

L'urine, qui était normale à l'entrée du malade, montre maintenant bien des modifications. Pendant la douleur, l'urine est claire, acide, contient quelques cellules dégénérées, très peu d'albumine. Après plusieurs examens, on finit par trouver des cylindres granuleux et hyalins, composés en partie par l'acide urique, en partie par des épithéliums et en partie par des globules rouges ; à côté des cylindres, beaucoup de globules rouges, vieux, altérés, à aspect chagriné et crénelé sur les bords. Le nombre des cylindres est relativement élevé en comparaison des traces d'albumine.

Opération. — Comme la douleur était très forte et apparaissait deux fois par jour, l'opération est décidée et pratiquée le 29 avril. Après la mise à

nu du rein, l'organe montre une très forte adhérence avec la capsule adipeuse ; du côté de l'uretère, pas de modifications. L'incision du rein ne montre rien d'anormal : pas de dilatation des calices, pas de calculs ; on relève le rein et on fait la néphropexie du rein mobile droit.

Résultats. — Les accès disparaissent pendant dix-huit jours, puis reviennent deux fois. L'urine, au moment de la miction, est encore un peu troublée par des globules de pus ; la quantité d'albumine est un peu plus forte qu'avant l'opération ; le rein fixé à sa place normale ne bouge plus pendant la respiration ; la paramérite est guérie.

Après une pause d'un an et demi, les coliques reparaissent, d'abord à peine sensibles, puis de plus en plus fortes ; le rein fixé est toujours en place.

Rein à processus néphrétique, localisation métastatique de la paramérite.

Obs. 38. — ISRAEL, *Mitteil. aus den Grenz. d. Mediz. u. Chir.*, 1899.

F..., 30 ans. Il y a quatre ans, au cours d'une attaque du rhumatisme-hématurie se prolongeant toute l'année. Depuis les hématuries se sont reproduites abondantes à diverses reprises avec douleur dans le rein gauche. Guérison opératoire. Pendant deux ans, ni douleurs, ni saignements. Après ce temps, rein droit devient douloureux à son tour et saigne. Les urines contiennent de l'albumine et des cylindres et tous les symptômes du mal de Bright évoluent. Néphrite chronique bilatérale.

Obs. 39. — ISRAEL, *Mitteil. aus den Grenz. d. Mediz. u. Chir.*, 1899.

H..., 30 ans. Souffre depuis un an de la région rénale droite avec hématuries, par accès, se rapprochant dans ces derniers temps. Néphrotomie. Guérison se maintenant un an après. Traces d'abuminurie. Glomérulite et périglomérulite.

Obs. 40. — ALBARRAN, *Compte rendu de l'Associat. franç. d'urologie*, 4^e session, 1899.

Néphrite partielle douloureuse. — Néphrotomie. — Guérison.

Il s'agit d'un homme âgé de 53 ans que je soignais depuis quatre ans pour des douleurs rénales droites s'irradiant parfois le long des uretères : nombre d'examens microscopiques pratiqués pendant cette longue période de temps ont toujours démontré l'existence d'une petite quantité d'albumine, de 30 à 40 centigrammes par litre, parfois encore quelques globules rouges.

Depuis un an les douleurs sont devenues plus vives, presque constantes avec des exacerbations à certaines heures de la journée ; on le a prises

pour de la névralgie lombo-iliaque et un de nos collègues des hôpitaux avait même proposé à mon malade de lui pratiquer l'élongation nerveuse. Ce diagnostic montre bien que ce malade n'avait aucun symptôme d'une altération rénale, autre que sa petite albuminurie. Il y a un mois, pendant un accès douloureux, ce malade eut une abondante hématurie spontanée qui se prolongea pendant trois jours ; je le vis alors, je constatai, par l'examen cystoscopique, que le sang jaillissait de l'uretère droit et je fis le diagnostic probable d'hématurie par néphrite.

Intervention. — Je décidai de pratiquer la néphrotomie. Il y a aujourd'hui douze jours que j'opérai ce malade. Le rein était très augmenté de volume, violacé, turgescant et présentait quelques adhérences : je le fendis largement à son bord convexe, pénétrant jusqu'au bassin, et je pus constater que l'organe paraissait sain, qu'il n'y avait ni pierre, ni néoplasme, ni tubercule.

En regardant attentivement la coupe du rein que le dos du bistouri essuyait, je vis à la base d'une pyramide un petit noyau grisâtre, guère plus gros qu'un grain de mil, et je l'énucléai pour en pratiquer l'examen microscopique. La plaie fut suturée en partie, en partie tamponnée et de ce jour mon malade va bien, ses souffrances ont disparu.

Examen anatomique. — Le petit noyau énucléé a été coupé par M. Motz dans le laboratoire de Necker ; en examinant ces coupes, j'ai vu une série de tubes urinaires avec des cellules mal limitées : grenues, dégénérées souvent à un haut degré ; entre les tubes, un développement exagéré du tissu conjonctif, des lésions en somme indiscutables démontrant qu'il s'agit ici d'une *granulation de néphrite chronique*. Si ma coupe avait porté quelques millimètres plus loin, si j'avais moins largement fendu le rein, si je l'avais moins minutieusement examinée, cette minime lésion m'eût certainement échappé. Ceci montre bien que si les examens microscopiques positifs du rein pendant la néphrotomie gardent toute leur valeur, les examens négatifs ne prouvent rien, même lorsqu'ils sont pratiqués par des chirurgiens habitués aux recherches d'anatomie pathologique.

Obs. 41. — ALBARRAN, in MICHAUX, thèse de Paris, 1900.

Néphrite avec périnéphrite adhésive douloureuse.

Néphrotomie. — Guérison.

Antécédents. — Homme de 46 ans, ayant eu il y a environ quinze ans une lésion considérée comme tuberculeuse au sommet du poumon droit, qui fut accompagnée d'une légère hémoptysie. Depuis lors on n'a retrouvé que des traces de légère induration pulmonaire à droite, et c'est aussi la conclusion à laquelle s'est arrêté M. le Dr Dupré qui l'examina il y a peu de temps. Notons que notre malade avait eu à plusieurs reprises des fièvres paludéennes.

Dans la famille, nous avons pu constater la tuberculose pulmonaire chez le frère, l'arthritisme chez le père et la mère.

Histoire de la maladie. — Depuis trois ans, le malade se plaint de douleurs dans la région lombaire droite, augmentées par la fatigue, sans irradiations marquées, assez intenses parfois pour l'empêcher de vaquer à ses occupations, mais n'ayant jamais pris le masque de la colique néphrétique.

Il y a un an, le malade aurait eu une petite hématurie, quelques épreintes vésicales, et il aurait rendu une petite quantité d'urine sanglante. phénomène qui ne s'est pas renouvelé depuis. A côté de cela, il faut signaler une vieille urétrite postérieure, avec infection du testicule gauche, laquelle s'est toujours terminée par résolution.

La douleur étant devenue plus constante, et plus intense, le malade est venu me consulter en octobre 1899.

A l'examen, je constate que l'urètre est normal sauf une légère urétrite postérieure, que la prostate d'une part, les vésicules séminales et les canaux déférents sont normaux des deux côtés. La vessie n'est sensible ni au contact ni à la distension ; la capacité en est de 200 à 250 grammes. Tandis que l'épididyme droit est normal, le gauche est légèrement induré à la queue sans nodosités. Les uretères ne sont pas sentis par le toucher rectal non plus que par la palpation de l'abdomen ; on n'éveille aucune douleur sur leur trajet.

On sent l'extrémité inférieure du rein droit dépassant le niveau des fausses côtes ; il est possible de faire légèrement balloter ce rein, ce qui provoque une certaine douleur.

Le rein gauche n'est pas appréciable à la palpation et n'est pas douloureux.

Lors d'une analyse des urines faite quelque temps avant ma consultation, on avait constaté l'existence de traces d'albumine.

L'examen cystoscopique montra que la vessie était normale. Le cathétérisme urétéral ayant été fait facilement à droite, la sonde est laissée en place durant une demi-heure, ce qui a permis de recueillir une notable quantité d'urine. Les urines du rein gauche ont été recueillies par la sonde vésicale.

Je portai le diagnostic de néphrite probable du rein droit, avec quelques réserves au sujet d'une tuberculose possible.

Opération (11 janvier 1900). — Incision lombaire. Je tombe sur une couche graisseuse périrénale indurée, et si adhérente au rein et au foie que j'eus beaucoup de peine à décortiquer ce rein. J'y arrivai enfin et il m'apparut plus gros que normalement, violacé, présentant à sa surface quelques dépressions comme celles que l'on voit dans les néphrites.

Je pratiquai alors une large incision sur le bord convexe jusqu'au bassin. Un examen très attentif ne révèle pas de lésions tuberculeuses.

	REIN CATHÉTÉRISÉ (droit)	REIN GAUCHE (sonde vésicale.)
Couleur.	Au-dessus de la couche hémorragique, couche d'urine épaisse, jaunâtre, purulente. Après centrifugation : urines opalescentes, le dépôt ayant un aspect laiteux comme du chyle.	Au-dessus de la couche hémorragique, couche d'urine jaune limpide. Après centrifugation : urine limpide.
Réaction	Acide.	Acide.
Albumine.	1 gr. à 0,40 centig.	1 gramme.
Urée	11 gr. 53 par litre.	7 gr. 68 par litre.
Microscope	Hématies : globules blancs ; fragments de cylindres ; pas de bacilles de Koch, quelques très rares cellules épithéliales.	Globules rouges. Globules blancs, moins abondants. Pas de bacilles de Koch. Epreuve du bleu de méthylène : Début : 1 heure ; durée : 5 jours. Intensité maxima : 9 heures. Intensité moyenne : durant 52 heures. Marche : 3 cycles à ascension : 9 h., 48 h., 96 h.

La muqueuse du bassin est lisse et unie. Je suture le rein, je le remets en place, après avoir porté le diagnostic de néphrite légère et de périnéphrite adhésive.

Suites opératoires. — Normales. Le malade guéri de son opération se lève le 21 janvier ; les urines sont normales et le malade ne souffre plus.

Obs. 42. — EDEBOHLS, 1900.

Néphralgie. — *Décapsulation bilatérale avec fixation du rein droit.*
Persistance des douleurs.

Femme, 44 ans, a eu une scarlatine à l'âge de deux ans et une méningite spinale à six ans. Douleurs dorsales et lombaires depuis trente ans. Il y a quatre ans, crises de douleurs violentes dans la région lombaire et l'aîne gauche, qui durent plusieurs mois, et se sont reproduites plusieurs fois depuis, s'accompagnant de douleurs épigastriques, de nausées et parfois

de vomissements et de troubles vésicaux. La radiographie révèle l'existence de trois calculs dans l'uretère gauche.

Légère tendance à l'artério-sclérose. Cœur et poumons normaux. L'examen sous l'éther montre que l'uretère gauche est uniformément augmenté de volume, mais on ne peut percevoir de calcul. La radioscopie montre l'existence des calculs déjà décelés aux mêmes points.

Rein droit mobile descendu de huit centimètres, rein gauche non perceptible.

Urines. — Quantité ?... Densité, 1.020. Urée, 3 gr. 2 p. 100. Albumine, 0 gr. 5 p. 100. Nombreux cylindres hyalins et granuleux.

Décapsulation bilatérale. — *Fixation du rein droit.* — Exploration du rein gauche et de la partie supérieure de l'uretère, négative au point de vue des calculs. Seconde opération, quinze jours après. Exploration de l'uretère gauche dans toute sa longueur, on ne trouve ni calculs, ni rétrécissements, mais un épaissement des parois de l'uretère qui adhère aux tissus voisins.

Suites. — Cessation des douleurs et amélioration de la santé générale pendant six mois ; à ce moment, l'examen radioscopique donne les mêmes images des calculs qu'avant l'opération, en même temps la malade est prise des mêmes crises douloureuses qu'auparavant et, un an après, ces attaques persistent, les signes d'urémie sont très prononcés.

Urines. — Examen un an après l'opération. Quantité, 1.600 cc. ; densité, 1.015 ; résidu solide, 55 gr. 89 ; urée, 6 gr. 4 en 24 heures ; très rares cylindres hyalins.

Obs. 43. — FERGUSON, *Medical Standard*, juin 1901.

Néphrite chronique douloureuse. — *Décapsulation.* — *Guérison.*

Exposition au froid suivie de douleurs dans le rein gauche pendant trois ans. Pas d'albumine, mais urines rares et cylindres hyalins. Le rein est exposé et décapsulé. Une pierre avait été soupçonnée dans le rein. L'examen pathologique montre une néphrite interstitielle chronique. Guérison.

Obs. 44. — FERGUSON, *Medical Standard*, juin 1901.

Néphrite chronique douloureuse. — *Décapsulation.* — *Guérison.*

Douleurs chroniques dans le rein droit pendant deux ans. Exacerbation aiguë. On suspecte le rein septique.

Pas d'albumine. Décapsulation suivie de la disparition de la douleur.

Obs. 45. — Pousson, *Ann. des org. génito-urin.*, juin 1902.

Néphrite chronique lithiasique douloureuse, très probablement unilatérale. — Douleurs ayant cessé après la néphrotomie, ainsi que les accidents urémiques, mais ces derniers menaçant de se reproduire depuis la fermeture du rein.

Femme, 47 ans, ayant eu à dix-neuf ans, six mois après son mariage, une première attaque d'anasarque avec polyurie et polydipsie, et quelque temps après des accidents pelviens qui nécessitèrent une double ovariectomie. En octobre 1889, elle est prise d'une crise de douleurs néphrétiques, avec mictions fréquentes, suivies de l'issue d'une petite quantité d'urine contenant du sang et des sables. A partir de ce moment, crises d'urémie répétées. A son entrée dans le service, elle se plaint de céphalée, d'éblouissements, de dyspnée, de vomissements. Les deux régions lombaires sont spontanément douloureuses, mais les douleurs ont été longtemps localisées à droite.

Ces douleurs sont constantes, irradient dans l'aîne et ne sont pas exagérées par la marche. Palpation difficile à cause de l'obésité, mais il semble que la pression est douloureuse dans la région lombaire droite.

Les urines sont rares et contiennent peu d'urée et un peu d'albumine. L'oligurie persiste, les douleurs rénales deviennent intolérables, constantes, s'accompagnent de vomissements et de nausées à tel point que la malade réclame l'intervention.

Diagnostic hésitant entre le calcul et la néphrite lithiasique plus prononcée à droite.

Opération. — Néphrotomie. Le rein est très volumineux et très congestionné. Son incision laisse échapper beaucoup de sang noirâtre. Pas de calculs. Drainage du bassin et suture.

Suites opératoires. — Les urines augmentent, les douleurs disparaissent. Guérison, mais les petits signes de brightisme persistent.

Obs. 46. — ROVSING.

Néphrite diffuse gauche avec douleurs et hématuries. — Staphylocoques pyogènes dorés. — Néphrotomie puis néphrectomie secondaire pour hématurie grave.

Homme, 35 ans, présente depuis plusieurs années des douleurs non caractérisées dans la région lombaire gauche. Il y a un an, elles ont commencé à être beaucoup plus aiguës. Il se plaint de douleurs continues dans la région lombaire gauche avec irradiations à la fosse iliaque gauche et à la vessie. Depuis six mois, hématuries continues avec mictions fréquentes et douloureuses. Etat général mauvais.

Palpation du rein gauche sensible et on sent facilement le pôle inférieur.

Au cystoscope, la muqueuse vésicale est injectée surtout au niveau de l'orifice urétéral gauche qui donne du sang.

Urines sanglantes contenant 18 grammes d'urée par litre. Cellules épithéliales, cylindres variés, nombreux cristaux de triphosphate et des staphylocoques. Diagnostic : calcul du rein.

Opération. — Incision lombaire gauche. Pas de périnéphrite, pas de calculs, la ponction reste muette. Deux incisions exploratrices de Legueu ne montrent rien. Rein doublé de volume, tissu grisâtre, lardacé, est évidemment le siège d'une néphrite diffuse parenchymateuse. Pas d'abcès sur les surfaces de l'incision. Bassinet pas dilaté. Fermeture. Drainage.

Suites opératoires. — Les douleurs persistent avec l'hématurie qui devient si abondante qu'on fait la néphrectomie secondaire. Dès lors, la guérison est rapide, il ne souffre plus et les urines contiennent seulement quelques leucocytes et quelques cocci.

Examen microscopique. — Néphrite diffuse parenchymateuse et interstitielle. Dans les tubes urinifères se trouvent des cellules épithéliales, cylindriques, des cellules conjonctives et des staphylocoques. Le tissu interstitiel est très infiltré de cellules rondes.

Obs. 47. — ROVSING.

Douleurs avec hématuries. — *Néphrite à colibacilles avec périnéphrite.*

Néphrotomie. — *Guérison.*

Mme P..., sans antécédents. Bien portante, jusqu'à il y a un an, elle fut prise de dyspnée, de palpitations et d'amaigrissement. Elle aurait eu une hématurie en 1883, après un effort, et une semblable, il y a deux ans. Il y a quatre mois, nouvelle hématurie après un blanchissage, et, depuis, les urines s'écoulent comme du sang noir, sans caillots. Elle souffre de temps en temps dans la région rénale droite. Jamais de crises de coliques, ni de mictions fréquentes et douloureuses ; jamais de graviers ni de sable dans les urines. Elle garde le lit depuis quatorze jours.

Malade très amaigrie. Tumeur dure et volumineuse dans la fosse lombaire droite.

Au cystoscope, la muqueuse rénale est pâle. En comprimant la tumeur, on voit s'écouler du sang de l'uretère droit. Du côté gauche, urine claire.

Urines renferment des hématies, peu de leucocytes, des colibacilles. Pas de cristaux.

Diagnostic : néoplasme du rein.

Opération. — Rein dans une position oblique, son bord convexe en avant, si bien qu'il paraît faire un demi-tour de spire sur son pédicule. Il est soutenu dans cette position par le foie remarquablement déformé et dont le sillon de la vessie ombilicale se trouve en rapport étroit avec le pôle supérieur du rein. La face antérieure du rein est très adhérente à la face

inférieure du rein, si bien que sa libération occasionne une déchirure hépatique de trois centimètres. Après libération, on se rend compte que la tumeur sentie était due à la soudure du rein et du lobe hépatique. Rein augmenté de volume, violacé, saigne abondamment à la coupe, ce qui oblige à mettre deux clans sur le pédicule. Néphrotomie, aucun calcul, aucune formation néoplasique. Excision d'un morceau de parenchyme pour l'examen histologique. Fermeture et drainage.

Suites opératoires. — Guérison rapide des douleurs et de l'hématurie. L'albumine disparaît.

Examen microscopique. — Stase dans les veines et les capillaires. Pas d'infiltration de cellules rondes. Colibacilles dans les tubes droits.

Obs. 48. — ROVSING.

Périnéphrite avec néphrite chronique douloureuse. — Hématuries.

Staphylocoques dans les urines. — Néphrolyse. — Guérison.

Dessinateur, 48 ans, ayant eu une blennorragie, il y a trois ans. Douleur intense au niveau de la région rénale droite, il y a deux ans, irradiant le long des côtes, jusqu'à l'épigastre. Ni sang, ni calculs dans les urines à ce moment, et au bout de quelques jours de repos, il est guéri. Nouvelle crise douloureuse en avril 1898 avec hématurie cette fois et irradiation à la vessie. A ce moment, les urines ne contenaient pas de bacilles de Koch, mais des staphylocoques en quantité, des leucocytes déformés, des hématies ainsi que des cristaux de triphosphate. Pas de cylindres épithéliaux. L'examen cystoscopique, pratiqué à cette période, montre une muqueuse vésicale saine, mais de l'orifice urétéral gauche s'écoule du sang. A la suite du repos, l'hématurie disparaît.

Nouvelle hématurie à sa sortie de l'hôpital qui ne se reproduisit plus ; mais en octobre 1898, crise douloureuse très aiguë, après une absence de plusieurs mois.

Les douleurs sont pulsatiles avec des exacerbations quand il fait certains mouvements.

A la palpation, on sent le pôle inférieur du rein droit. Les urines renferment de l'albumine et des staphylocoques. Muqueuse vésicale saine à la cystoscopie.

Opération. — Incision lombaire droite. Périnéphrite qui nécessite débridement sous-capsulaire. Tissu rénal violacé au pôle inférieur, sans trace d'abcès. Pas de calcul. Les deux tiers supérieurs du rein ont une apparence normale et se laissent facilement décortiquer. Le rein est mis en place, soutenu par une compresse de gaze, la plaie fermée.

Suites opératoires. — Disparition de la douleur et de l'albumine dans les urines. Depuis deux ans, la guérison persiste.

Obs. 49. — ROVSING.

Blennorrhagie il y a quatre ans. — Néphrite double ensuite avec douleurs à gauche. — Streptocoques et colibacilles dans les urines. — Néphrolyse gauche. — Amélioration.

Homme, 36 ans, eut une blennorrhagie, il y a quatre ans, et dès lors eut les urines troubles avec mictions ni fréquentes ni douloureuses. Il y a un an, il commence à souffrir du rein gauche et se plaint de faiblesse croissante.

A la palpation, on sent le pôle inférieur des deux reins qui ne sont pas sensibles au toucher.

Au cystoscope, muqueuse vésicale lisse et pâle, les orifices urétéraux sont petits, non modifiés.

Urine recueillie aseptiquement, contient de l'albumine avec d'innombrables cellules purulentes, quelques cellules épithéliales, pas de cristaux, pas de cylindres, une grande quantité de streptocoques et de colibacilles. Le cathétérisme urétéral montre que les urines sont troubles des deux côtés et contiennent de l'albumine.

Opération. — Comme le malade se plaint de douleurs surtout à gauche, on fait une incision lombaire de ce côté. Le rein et le bassinnet sont entourés d'épaisses adhérences qui nécessitent la libération sous-capsulaire. Il est petit, mou, sa surface est grisâtre, inégale, parsemée de bosselures dues probablement à une inflammation diffuse et à un processus de rétraction. Nulle part, on ne trouve d'abcès, ni de calculs, mais par suite des douleurs des deux côtés et de la phase avancée de la maladie, je n'ose pas inciser le rein, par peur de l'urémie. Je me contente d'extirper la capsule fibreuse altérée et les adhérences. Drainage et fermeture.

Suites opératoires. — Guérison rapide des douleurs. Amélioration de l'état général, mais les urines contiennent toujours de l'albumine.

Obs. 50. — ROVSING.

Nous reproduisons cette observation uniquement pour montrer la néphrite chronique due au streptocoque.

Homme de 47 ans qui présente des hématuries accompagnées de crises douloureuses, suivies d'expulsions de graviers.

Ses urines sont troubles, renferment de l'albumine, des cellules de pus et des streptocoques.

Opération. — Incision lombaire gauche à cause de la prédominance des douleurs. Pas de calculs, néphrolyse, mais, plus tard, hématurie rebelle qui nécessite la néphrectomie.

Examen du rein enlevé. — Bassinet très dilaté, entouré d'une fine couche

du tissu rénal très atrophié. La surface du rein est très inégale et granuleuse. Au microscope, on trouve dès traînées conjonctives correspondant aux dépressions qui s'étendaient de la périphérie au hile, en traversant tout le rein. Dans ce tissu conjonctif, il n'existe pas de traces de canaux urinaires, mais une grande quantité de glomérules en dégénérescence fibreuse. De place en place, de l'infiltration sanguine. Dans toutes les portions des canalicules, l'épithélium manque complètement.

Obs. 51. — ROVSING.

Perinéphrite avec néphrite chronique douloureuse et hématurie.

Néphrolyse du rein droit et néphrotomie.

Femme, 34 ans, bien portante dans son enfance, a beaucoup souffert de céphalée, depuis sa puberté. Les urines étaient souvent sédimenteuses et contenaient du sang. Jamais expulsion de graviers ou de calculs. Traitée pendant trois mois en 1886 pour une néphrite, elle fut opérée d'un kyste de l'ovaire en 1897. En décembre 1899, crise douloureuse très forte dans la fosse lombaire gauche avec irradiation vésicale, simulant colique néphrétique. La crise dura douze heures avec mictions fréquentes et douloureuses. Elle va à l'hôpital avec une température à 39° et 40°. Les urines contiennent de l'albumine, des cellules de pus et une grande quantité de colibacilles. Après quelques jours de repos, les douleurs disparaissent et les urines ne contiennent plus d'albumine. Il y a un mois, nouvelle crise douloureuse, cette fois, à droite. Les douleurs ne se propagent pas le long de l'uretère, mais sont très intenses, avec mictions fréquentes et douloureuses.

Le rein gauche est un peu augmenté de volume et sensible à la pression.

A la cystoscopie, la muqueuse vésicale est normale. Les urines de l'uretère droit cathétérisé sont troubles et contiennent du pus. Les urines de l'uretère gauche sont claires et sans albumine. Dans les urines du rein droit, on trouve une grande quantité de bacilles, beaucoup de cellules de pus, pas de cylindres, des hématies et des cristaux. Dans les urines du rein gauche, on voit très peu de bactéries et quelques cellules de pus. A l'ensemencement, il n'y a que le colibacille qui pousse.

Opération. — Périnéphrite très intense, rein droit augmenté de volume, pas de calculs. Néphrotomie, aspect normal. Incision d'un morceau de parenchyme pour examen histologique et fermeture.

Suites opératoires. — Les douleurs disparaissent, les urines sont claires ne contiennent ni albumine, ni microbes, ni cellules de pus. Plus tard, la malade reste complètement guérie.

Examen microscopique. — Infiltration interstitielle de cellules rondes ; l'épithélium dans les canalicules rénaux ne paraît pas endommagé.

Obs. 52. — ROVSING.

*Néphrite traumatique douloureuse. — Hématuries dans les dernières crises.
Néphrotomie. — Guérison.*

Jeune fille de 21 ans, bien portante dans son enfance. Depuis l'âge de 16 ans, elle a eu de temps à autre une crise de fortes douleurs sur le côté droit de l'abdomen et a été soignée pour de l'appendicite. Hématuries à la suite des deux dernières crises douloureuses, mais dans l'intervalle des crises, les urines sont normales. Aucune émission de calculs ou de sable. Elle entre à l'hôpital, car l'hématurie dure depuis quatorze jours.

A la palpation, on sent le pôle inférieur du rein droit qui n'est ni sensible, ni mobile.

Au cystoscope, la muqueuse vésicale est normale et de l'uretère droit s'écoule du sang, tandis que du gauche s'écoule de l'urine claire.

Les urines ne contiennent pas de bacilles, mais d'innombrables globules sanguins, parmi lesquels très peu de leucocytes ; quelques cylindres épithéliaux.

Diagnostic incertain entre calcul et tumeur.

Opération. — Le rein se trouve derrière le foie, présente des sillons dus à la compression des côtes qui sont bien prononcés. On le libère difficilement, car son tiers supérieur est soudé aux parties avoisinantes. Il est long et étroit, mince et pâle. Bassinet normal. Pas de calcul. Néphrotomie. Différence frappante d'aspect et de consistance entre la partie supérieure et la partie inférieure du rein. Dans le tiers supérieur, le parenchyme est rouge bleuâtre intense et extrêmement mou, au contraire le reste est normal. Cette partie supérieure est si molle qu'il est impossible de la suturer, on se contente de retenir les bords de la plaie avec la capsule. Drainage, fermeture.

Suites opératoires. — Guérison depuis quatre ans des douleurs et des hématuries. Les urines sont normales.

Examen microscopique d'un morceau de parenchyme excisé, montre de la stase dans les veines et les capillaires, en quelques endroit des petites parties nécrotiques limitées, mais pas cunéiformes. Thromboses des artères rénales droites. Dans les capsules de Bowman, il existait de l'extravasat sanguin et des cylindres hyalins dans les tubuli contorti.

Obs. 53. — ROVSING.

*Néphrite chronique douloureuse avec albuminurie pendant les crises.
Périnéphrite. — Néphrolyse et néphrotomie. — Guérison.*

Femme, 57 ans, eut onze enfants dont plusieurs souffrirent de lithiase rénale. Il y a douze ans, pour la première fois, crise douloureuse rénale

gauche avec mictions fréquentes et brûlantes et expulsion de fin sable rouge. Ces crises se répétèrent chaque mois, devinrent ensuite de plus en plus fréquentes et ne laissèrent qu'un intervalle de repos de huit à dix jours entre les crises. Sensation de gêne et de compression persistante dans la fosse lombaire gauche.

Les crises étaient provoquées par les mouvements, les secousses de voitures et duraient plusieurs jours. Les douleurs étaient très variées dans leur intensité. Jamais elle n'avait expulsé de calculs et jamais elle n'eut d'hématurie.

Le côté gauche de l'abdomen est très sensible à la pression, ce qui empêche la palpation profonde.

L'urine est claire, contient de l'albumine, un peu de sang, des cristaux d'acide urique, mais pas de cellules épithéliales et pas de cylindres.

Opération. — Rein gauche gros, plus épais qu'à l'ordinaire. Pas de calculs. Périnéphrite assez accusée surtout à la partie supérieure. Le rein est très congestionné, violet foncé. Au milieu du bord convexe, se trouve une partie gonflée, fluctuante, de quatre centimètres de diamètre. L'incision montre une cavité kystique remplie d'un liquide séro-sanguinolent, comprise entre le tissu rénal déformé en forme de tasse et la membrane propre. Néphrotomie qui montre un parenchyme normal. Excision d'un morceau de parenchyme au niveau du kyste, on soutient le pôle inférieur du rein par deux compresses et on ferme.

Suites opératoires. — Guérison rapide des douleurs.

Examen microscopique. — Légère néphrite interstitielle avec des processus étendus sclérotiques. Ça et là, une faible infiltration de cellules rondes.

Obs. 54. — ROVSING.

Néphrite douloureuse, à la suite d'une fièvre typhoïde huit ans auparavant.

Néphrolyse. — Guérison.

Homme, 34 ans, eut une fièvre typhoïde, il y a huit ans. Pendant sa convalescence, vives douleurs dans la région rénale droite avec urines renfermant du sable. Depuis ce temps, douleurs constantes dans le rein droit et le côté droit de l'abdomen. En 1895, s'étant exposé au froid, il eut pendant la nuit une crise douloureuse dans la fosse lombaire droite. Depuis ce temps, il a tantôt des douleurs térébrantes et rongeantes, tantôt des douleurs soudaines, tranchantes, en éclair. Hématurie visible seulement au microscope.

A l'examen, les reins ne sont pas gros. L'urine, claire, contient de l'albumine, des cristaux d'acide urique. un petit nombre de cellules épithéliales, très peu de leucocytes et quelques cylindres granulés, isolés.

Au cystoscope, la muqueuse vésicale est saine et les deux uretères four-

nissent de l'urine claire. Le cathétérisme urétéral donne de l'urine claire avec une faible quantité d'albumine pour les deux reins.

Opération. — Incision lombaire droite. Rein gros, relié par son pôle supérieur au tissu environnant par de très fortes adhérences, ce qui nécessite un débridement sous-capsulaire. Le tissu rénal est, à ce niveau, congestionné et légèrement mou, mais rien d'anormal à part cela. Pas de calculs. Excision d'un morceau de parenchyme. On soutient le pôle inférieur du rein par deux compresses et on ferme.

Suites opératoires. — Le malade est entièrement débarrassé de ses douleurs nénales. L'albumine diminue de jour en jour et, à sa sortie d'hôpital, l'urine n'en contenait pas trace. Plus tard, on retrouva de l'albumine, quelques cylindres et des leucocytes.

Examen anatomique. — Néphrite glomérulaire avec prolifération du tissu conjonctif interstitiel.

Obs. 55. — ROVSING.

Néphrite chronique lithiasique douloureuse avec périnéphrite chronique. — Néphrolyse. — Guérison.

Homme, 47 ans, a souffert, depuis l'âge de 15 ans, de lithiasie rénale gauche, avec expulsions fréquentes de concrétions dont la grosseur variait d'une tête d'épingle à un grain de café. Quelquefois, l'expulsion de ces concrétions s'accompagnait d'hématuries. En dehors des crises de coliques, il a souffert dans les dernières années de douleurs très fixes, rongeantes et perçantes dans la région rénale gauche. A la suite d'une cure d'eau, faite il y a un an, il expulsa une quantité de concrétions, dont un calcul de la grosseur d'une fève. Mais, comme malgré tout, les douleurs persistent et sont intolérables, on intervient, croyant à la présence d'un calcul.

L'urine est claire, sans albumine, ni sang, avec des cristaux d'urates, quelques cellules épithéliales et des leucocytes granuleux.

Opération. — Incision lombaire gauche. Le rein est tout à fait en haut, sous le diaphragme, enchâssé dans des masses fibreuses solides, et pour le désenclaver, il faut faire un débridement sous-capsulaire. La surface du rein est granuleuse, avec de nombreuses élévations et dépressions plus ou moins grandes, et le tissu rénal est flasque. Pas de calculs. Néphrolyse.

Suites opératoires. — Guérison rapide des douleurs.

Obs. 56. — ROVSING.

Néphrite douloureuse. — Néphrotomie.

Femme, 56 ans, eut autrefois une salpingite, à la suite d'une fausse couche. Après un séjour à la campagne, dans un endroit très humide, elle eut des douleurs rhumatismales. Bientôt après, de vives douleurs

apparurent dans la région rénale droite, et l'urine laissait déposer une couche brune rougeâtre, très intense. Hématurie si forte, il y a cinq ans, qu'il se forma un gros caillot sanguin dans le vase. L'hémorragie dura six jours. A la suite, le moindre effort donne lieu à une hématurie qui se calme par le repos, ainsi qu'à une crise douloureuse. Menstruation de longue durée, douloureuse et abondante. Céphalée, fatigue persistante et douleur pongitive dans les reins. On croit à un calcul.

A l'examen, on ne sent pas le rein gauche, mais on sent très bien le pôle inférieur du rein droit. On a l'impression qu'il est légèrement augmenté de volume. Sa sensibilité est très accusée à la pression.

L'urine est claire, sans albumine, contient des cristaux d'acide urique avec des cellules épithéliales et quelques leucocytes.

Opération. — Incision lombaire droite. Rein augmenté de volume. Sa partie inférieure est libre, d'un aspect normal, de surface lisse, tandis que sa moitié supérieure est fixée solidement par des adhérences fibreuses et fortement comprimée contre la onzième et la douzième côtes. Débridement sous-capsulaire. La surface du rein, au niveau de cette partie supérieure, présente des irrégularités, le tissu est très congestionné. Pas de calculs. Néphrotomie. Fermeture.

L'auteur ne parle pas des suites opératoires.

Obs. 57. — ROVSING.

Homme, 55 ans, opéré autrefois pour un mélanosarcome situé sous le rein. Douleurs dans la région lombaire avec mictions douloureuses et hématurie. Au cystoscope, on voit que l'uretère gauche donne seul du sang. On hésite entre une néphrite douloureuse hémorragique et un sarcome.

Opération. — Incision lombaire gauche. Adhérences nombreuses. Le rein est gros surtout à sa partie inférieure. Il est congestionné. Sa surface est lisse et nulle part on ne sent de calculs. Néphrotomie qui donne une hémorragie abondante. Excision d'un morceau de parenchyme et fermeture.

Suites opératoires. — Hématurie, oligurie et puis anurie et mort deux jours après.

Examen anatomique. — Néphrite diffuse hémorragique avec extravasats sanguins dans la capsule des glomérules.

Obs. 58. — ROVSING.

Néphrite avec périnéphrite chronique douloureuse. — Hématurie.

Néphrotomie. — Guérison.

Femme, 42 ans, bien portante, jusqu'à il y a trois semaines où elle eut

une forte hématurie, sans douleurs d'abord, puis les douleurs survinrent dans la région lombaire gauche, irradiant dans la vessie, mais pas de vraies coliques urétérales. Pas d'émission de calculs. A cause des antécédents cancéreux nombreux dans sa famille, on pense à un cancer.

La palpation rénale ne décèle rien. Les urines contiennent un peu d'albumine et du sang. Les urines du rein droit contiennent quelques cristaux d'acide urique, d'oxalate de chaux ; celles du rein gauche, des nombreux globules rouges, des leucocytes, une grande quantité de cristaux d'oxalate de chaux et un nombre de cellules épithéliales, en partie isolées, en partie ramassées, quelques cellules épithéliales rénales. Ni microbes, ni bacilles de Koch.

Opération. — Incision lombaire gauche. Le rein gros et tendu est dégagé assez facilement au pôle inférieur, mais pas au pôle supérieur à cause de la périnéphrite et des adhérences qui nécessitent une libération sous-capulaire. Le tissu rénal, à la partie supérieure, est congestionné, saigne abondamment, tandis qu'à la partie inférieure, il est de couleur normale. Néphrotomie. Pas de calculs, le tissu rénal paraît normal. Aucune tumeur. Excision d'un fragment et fermeture.

Suites opératoires. — A part un peu de suppuration, guérison de la plaie et de tous les symptômes.

Examen anatomique. — Cellules épithéliales détachées et comblant la lumière des tubes ; ça et là, des infiltrations de cellules rondes et formation du tissu conjonctif.

Obs. 59. — PATEL et CAVAILLON, *Lyon médical*, n° 33, 1903.

Néphrite unilatérale à type néphralgique. — *Néphrolyse.* — *Décapsulation.* — *Capsulectomie.* — *Guérison.* — *Disparition de l'albumine et de l'hypoazoturie.* — *Retour de l'élimination urinaire à son taux normal.* — *Cessation des douleurs lombaires.*

B. M..., 44 ans, ménagère. Réglée à quinze ans, et régulièrement depuis ; mariée à vingt ans, quatre enfants, deux morts : un de diphtérie, l'autre de méningite ; les deux derniers bien portants.

L'affection actuelle a débuté il y a trois ans. Fréquemment, pendant son travail, la malade ressentait, dans les mouvements de flexion ou d'extension du tronc, une sensation douloureuse dans la fosse rénale droite ; les douleurs certains jours revenaient plus violentes, sans jamais se présenter avec le cortège ordinaire de la colique néphrétique vraie. Jamais d'ailleurs les urines n'ont contenu de calculs ; pas d'hématurie. Il y a dix-huit mois, on constatait de l'albuminurie. Depuis un an les phénomènes se précisent et s'accroissent, les douleurs deviennent constantes, la station debout ou assise est mal supportée, le décubitus dorsal calme ses souffran-

ces ; la douleur n'est pas violente, c'est plutôt une sensation de tiraillement et de pesanteur. L'excrétion de l'urine s'effectue bien sans douleur, mais serait soumise à certaines variations, d'après la malade, en rapport, semble-t-il, avec les exacerbations douloureuses.

La malade entre dans le service de M. le Dr Jaboulay, le 15 juin 1903.

Rien à signaler à l'examen des organes, si ce n'est un bruit un peu prolongé et traînant au cœur, mais pas de bruit de galop vrai. Dans la fosse rénale droite, on découvre une masse du volume d'un gros poing, régulière, à pôle inférieur arrondi, mobile avec les mouvements respiratoires, douloureuse à la pression profonde, ne se déplaçant pas sous la pression de la main ; ballottement classique, faiblement perçu, trajet d'uretère droit pas douloureux ; à gauche, le rein n'est pas perçu.

Urines. — Présence d'un disque notable d'albumine.

Le diagnostic restait hésitant, la malade est mise en observation pendant dix-huit jours.

Régime lacté. Quantité d'urine entre 800 et 1.000 centimètres cubes ; matin et soir examen des urines ; toujours disque d'albumine. Urée, 8 gr. 50 seulement par litre.

Le 22 juin, injection de bleu de méthylène. Une demi-heure après se fait l'élimination, qui se prolonge pendant trois jours pleins sous des modalités diverses (bleu ou chromogène), avec des variations infinies de coloration, sans qu'on puisse rattacher ces variations à une cause définie. Une séparation d'urines faite hâtivement, trop pour que les résultats n'aient plus toute leur valeur ; une deuxième exploration est refusée.

Diagnostic hésitant entre lithiase rénale à forme larvée et néphrite unilatérale. Mais l'hypertrophie rénale, l'albuminurie, les douleurs surtout commandent l'intervention.

Opération. — Le 3 juillet, anesthésie à l'éther, incision lombaire. L'atmosphère cellulaire du rein apparaît épaissie, densifiée, adhérente aux arrière-plans pariétaux ; la face externe est fort irrégulière, envoyant à la capsule fibreuse de la glande une série de tractus vasculaires qu'on doit sectionner entre des pinces.

Rein volumineux, de coloration grisâtre, à surface irrégulière, la capsule fibreuse, déprimée en certains points, est fortement fixée au parenchyme de la glande, par le sommet de ces infundibula ; en d'autres régions, elle dessine des cordons épaissis, qui dessinent un élégant treillis.

La capsule est incisée, épaissie et peu souple. La décapsulation s'opère non sans difficultés, en raison des adhérences au niveau des cicatrices, néanmoins la capsule complètement décollée est réséquée en totalité. Surface du rein peu vasculaire, saignant peu et farcie de points cicatriciels. Bassinet et uretère parfaitement libres. On suture, un drain est laissé dans la plaie.

Suites opératoires. — La température oscilla deux jours autour de 38°,

pour revenir définitivement à l'apyrexie. Régime lacté maintenu : Le lendemain de l'opération, émission de seulement 300 grammes d'une urine haute en couleur, fortement allumineuse ; les jours suivants, la quantité d'urine augmente d'environ 400 grammes par jour. Le 13 juillet, la malade urine 1.000 centimètres cubes. Chaque jour, on recherchait l'albumine.

Le 12 juillet, diminution de la hauteur du disque.

Le 15, seules les urines de la journée (le malade s'est levé) contiennent de l'albumine.

Le 18, l'albumine disparaît. En même temps, l'urée subit une évolution inverse : 8 gr. 50 par litre avant l'intervention, 9 gr. 50 huit jours après.

Le 18, 1.200 centimètres cubes d'urine avec 12 gr. 5 d'urée par litre. L'épreuve du bleu montre que l'élimination commençait seulement une demi-heure après l'injection pour se prolonger pendant quarante-huit heures.

Les douleurs ont totalement disparu. Le malade sort le 24 juillet en parfait état de santé.

Obs. 60. — DAVID GIORDANO (cité par FR. GENTIL, in *Trat. chirurg. d. malad. de Bright*. Lisbonne, octobre 1904.

F..., 33 ans. Douleurs lombaires depuis quelques années avec besoins impérieux et fréquents d'uriner. Dans ces derniers temps, les douleurs se sont accentuées et le sang a apparu abondant dans les urines. Rein droit gros, perceptible, douloureux. Rein gauche non perceptible, ni douloureux. Urines très hématiques, albumine 0 gr. 42 par litre, nombreux leucocytes et hématies : cylindres hyalins et granuleux ; décapsulation bilatérale ; guérison se maintenant deux mois après ; dégénérescence des épithéliums des tubes contournés et infiltration du tissu interstitiel.

Obs. 61. — FRANCISCO GENTIL, *Trat. chirurg. de mal. de Bright*. Lisbonne, octobre 1904.

F..., 45 ans. Depuis deux ans, trois crises de douleurs dans la région lombaire gauche accompagnée d'hématurie. Depuis un mois, hématuries abondantes, totales, continues. Œdème de jambes ; céphalée, cryesthésie, amaigrissement. Albuminurie : cylindres hyalins et granuleux, à la séparation, les deux reins sont malades, mais le rein gauche beaucoup plus ; décapsulation du rein gauche. Guérison se maintenant dix mois après.

Obs. 62. — RIEDEL, *Cong. allem. de chirurg.* Iéna, 8 avril 1904.
N° 171 in th. *Ertzbischoff*.

En juillet 1902, j'opérai un jeune collégien âgé de 17 ans, atteint depuis 5 ans de néphrite bilatérale. Le patient se plaignait de douleurs à gauche et réclamait une opération malgré que je l'en dissuadai.

Je décapsulai entièrement le rein jusqu'au hile. Les douleurs disparurent et la quantité d'albumine diminua. Le malade se disait très amélioré, mais son plaisir dura peu. Au début de cette année, l'urine contient à nouveau plus d'albumine ; le malade avait des palpitations, pas d'œdème. Il réclame l'opération du rein droit, je m'y suis refusé et l'enverrai à Edebohls.

Obs. 63. — GRUNWELL, *Medical record*. New-York, 26 mars 1904.

Néphralgie. — Néphrocapsulectomie. — Guérison

Maître d'armes de la marine, très robuste. Se plaint de douleurs violentes dans la région du rein gauche ; d'abord intermittentes et devenues constantes, avec des paroxysmes, ces crises revêtent la physionomie de la colique néphrétique avec vomissements et oligurie. A son entrée, légère altération de l'état général : vomissements, diarrhée, contractions nerveuses spasmodiques, douleurs de tête intenses, vertiges, œdème des paupières. Pas d'hypertrophie du cœur. Etat grave.

Urines. — Volume quotidien très variable, depuis un maximum de 1,055 centimètres cubes jusqu'à une anurie presque absolue, traces à peine visibles d'albumine, pas de sang.

Les rayons Röntgen n'ayant rien donné à cause de l'épaisseur des parois abdominales, le diagnostic de calcul du rein demeure incertain.

Néphrotomie sous chloroforme. Rein très augmenté de volume, consistance plus grande que normalement, très congestionné. A l'incision, il saigne très abondamment, ni pus, ni calcul dans le bassinnet.

Schock obligeant à interrompre l'opération et à bourrer la plaie avec une mèche de gaze.

Le lendemain, néphrocapsulectomie du même rein sans anesthésie.

Cessation rapide des symptômes, des douleurs, des vomissements. Les urines renfermèrent du sang pendant quelques jours et redevinrent normales ensuite. Deux mois et demi après l'opération, le malade restait définitivement guéri.

Obs. 64. — G. PEREZ, *Il Policlínico*, n^{os} 1 et 3, 1904.

Néphralgie due à volumineux lipome capsulaire.

Néphrectomie. — Guérison.

Femme, 22 ans, réglée depuis l'âge de douze ans et ayant toujours souffert surtout dans le flanc gauche à chacune de ses époques. Il y a quatre ans, à la suite d'un arrêt temporaire des règles, crises extrêmement douloureuses dans le flanc gauche avec irradiations à l'épigastre, au nerf sciatique et à la colonne vertébrale.

D'abord survenant tous les deux ou trois mois, ces crises deviennent

ensuite de plus en plus fréquentes, le ventre augmenta notablement ; à certains moments, émission d'une grande quantité d'urines, coïncidant avec la diminution de la tuméfaction abdominale.

Ni albumine ni sucre dans l'urine. L'urée oscille entre 19,56 et 20 0/0.

Diagnostic : hydronéphrose calculeuse.

Néphrectomie : pas de calcul, mais volumineux lipome capsulaire qui est enlevé.

Guérison définitive.

Obs. 65. — NICOLICH, *Congr. franç. d'urologie*, 1905,
n° 185, in ERTZBISCHOFF.

En 1899 : néphrectomie gauche pour néphrite hématurique.

En 1900 : néphralgie, hématurie, fièvre, mauvais état général. Incision lombaire jusqu'à la capsule du rein. Suture. Pendant trois ans la malade se porte bien. En 1903, douleurs lombaires, urine trouble, rein gros, flottant, mauvais état général. Néphrotomie et pexie. Guérison.

En 1905, nouvelle hématurie ; mauvais état général, agitation, pouls 160. Température normale, urines 1.600 centimètres cubes, avec globules rouges, cylindres granuleux, leucocytes. Reins douloureux à la palpation ; décapsulation le 20 mai. Le 15 juillet, guérison, pas d'albumine, ni de cylindres, ni de globules rouges.

Obs. 66. — LOEWENHARDT, 76, *Versamm. der Naturf. und Aerzte*,
Breslau, 1905, n° 180 in th. ERTZBISCHOFF.

H..., 42 ans. Néphrite hématurique, coliques rénales gauches depuis deux ans, gros rein rouge ; en deux semaines, quatre douleurs. De nouvelles douleurs donnent lieu à une uretérololyse partielle. Amélioration notable et capacité de travail.

Obs. 67. — NICOLICH (de Trieste), in *Assoc. franç. d'urologie*,
8^e session.

Néphrite hématurique bilatérale. — Décapsulation et fixation d'un seul rein.
Guérison.

H..., 36 ans, souffrait depuis plus d'un mois de néphralgie hématurique. Il avait de l'œdème des paupières et des membres inférieurs. Avec le cathétérisme bilatéral pratiqué en même temps, on peut constater que l'hématurie était bilatérale, plus intense pourtant à droite.

Après avoir essayé tous les moyens médicaux et la diète lactée, ne voyant aucune amélioration, l'état du malade devenant toujours plus grave, je pratique la décapsulation et la fixation du rein droit. Deux jours après,

l'urine était jaune. Un mois après, le malade quitte l'hôpital guéri, et maintenant huit jours après, il se porte bien, et l'urine ne contient pas d'albumine.

Obs. 68. — FOISY, *Ann. medico-chirurg. du centre*, 25 novembre 1906.

H..., 57 ans. Il y a trois semaines, à la suite d'un refroidissement, douleur dans la région lombaire gauche et hématurie très abondante. A noter que depuis trois ans, le malade avait de la pollakiurie, de la céphalée, de l'essoufflement, de l'œdème fugace des malléoles. Diagnostic ? D'abord taille hypogastrique pour évacuer les caillots de la vessie. Puis, séance tenante, néphrectomie. Guérison opératoire, mais mort en 4 jours d'urémie, trois mois après. Néphrite chronique scléreuse.

Obs. 69. — FRANCISCO GENTIL, *Trat. de mal. de Bright*, n° 161, in th. ERTZBISCHOFF, 1906.

R..., 29 ans. Douleurs lombaires, cryesthésie. Troubles gastriques, vomissements, œdème généralisé, dyspnée. A l'examen du fond de l'œil on trouve deux plaques de chorio-rétinite ; urines albumineuses avec cylindres hyalins et granuleux. Le traitement médical n'amenant pas d'amélioration, J. Gentil pratique la décapsulation du rein droit, puis 4 mois plus tard la décapsulation gauche. Se trouve bien quatre mois plus tard ; disparition des œdèmes, des douleurs et des autres signes.

Obs. 70. — SUTCLIFFE, *Med. a. Surg. Monitor*, 2, VI, Féb. n° 159, in th. ERTZBISCHOFF, 1906.

Mal de Bright avec douleurs plus prononcées du rein droit. Décapsulation, amélioration.

Obs. 71. — JOSE GENTIL, n° 145, in thèse, ERTZBISCHOFF, 1906.

Femme, 44 ans. Œdèmes malléolaires et palpébraux, céphalées, crises de vomissements, douleurs de la région rénale droite, survenant par crises. Rein légèrement mobile. Dans l'urine du rein droit, traces d'albumine, cylindres hyalins et granuleux. Décapsulation et fixation durein. A la suite, augmentation de la quantité de l'urine et du taux de l'urée, disparition de l'albumine et des cylindres. — Guérison.

Obs. 72. — FERGUSON, n° 94, in thèse de ERTZBISCHOFF, 1906.

Femme, 34 ans. Douleurs continuelles dans le rein droit, quelquefois dans le gauche. Néphrite interstitielle, traces d'albumine, cylindres hyalins

et granuleux. Décapsulation droite. Disparition des cylindres et des symptômes morbides.

Obs. 73. — SOREL, de Dijon, in thèse LAMER, 1906.

J. G..., 72 ans. Fièvre typhoïde à 48 ans, laparotomie pour ovarite. Deux grossesses. Néphrite douloureuse. Double décortication. Guérison. La malade a eu depuis une nouvelle grossesse et a été remise à plusieurs reprises. Son urine est normale.

Obs. 74. — ERTZBISCHOFF, 1906 (Obs. 204).

*Néphrite toxique avec néphralgie. — Double décortication des reins.
Disparition de la douleur, atténuation de la néphrite.*

P. Fer..., 21 ans, infirmière, entre à l'hôpital Necker, service de M. le Professeur Guyon, le 3 décembre 1903.

En 1895, elle a été soignée aux Enfants-Malades pour un psoriasis ; à la suite d'un badigeonnage de tout le corps fait avec de l'acide chrysophanique et du pétrole, il survient, dès le lendemain, une anurie complète, qui dure 63 heures. En même temps que l'anurie sont survenus des vomissements verdâtres abondants et de fortes douleurs abdominales et lombaires, ainsi qu'un œdème généralisé qui se prolonge pendant trois semaines. Il persiste, pendant 3 mois environ, de violentes douleurs dans la région des reins, des vomissements, des hématuries et de la fièvre. Le quatrième mois, les douleurs s'affaiblissent notablement, bien que persistant néanmoins ; les urines restent un peu troubles, la malade sort de l'hôpital.

En 1901 survient une nouvelle crise pendant un séjour à la Bourboule. Les douleurs lombaires intolérables s'accompagnent de fréquentes syncopes, de sensations de brûlures à la tête et aux pieds, des battements aux tempes, de bourdonnements d'oreilles, d'éblouissements, d'arrêts brusques du cœur, de crampes fréquentes dans les jambes, d'engourdissement dans tous les membres. Urines rares et sanglantes.

En 1903, la malade accouche d'un fœtus mort de sept mois. Un mois après l'accouchement, hématuries avec douleurs lombaires.

A son entrée à Necker, elle présente de fortes douleurs lombaires, de la céphalée, des vomissements, des hématuries légères. Elle émet par jour environ 200 grammes d'urine qui contient une grande quantité d'albumine.

Examen de la vessie. — Capacité bonne, vessie peu sensible au contact ; l'eau de lavage ne sort pas teintée de sang.

Examen des urines. — Leucocytes, hématies, cellules plates, bactéries, microcoques,

Le 9 décembre, on recueille par le diviseur Cathelin les urines des deux reins.

Rein droit		Rein gauche	
Urée.	18.60	Urée.	19
Urine sanglante		Urine sanglante	

La cystoscopie montre qu'il arrive de l'urine sanglante par les deux orifices urétéraux. Le taux des urines diminue de plus en plus.

Opération. — Le 21 décembre, décortication du rein droit. La capsule adipeuse adhère fortement à la capsule propre, qu'elle paraît brider en arrière, au niveau de l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Incision de la capsule propre ; décortication assez facile du rein sur ses deux faces et sur ses deux pôles. Rein de volume moyen avec cicatrices blanchâtres. Hémorragie peu abondante ; un drain, deux mèches.

Les suites opératoires sont très bonnes. La quantité d'urine augmente, les fils sont enlevés le neuvième jour. Réunion par première intention.

Les douleurs ont diminué du côté droit ; elles sont continues à gauche. Les maux de tête persistent avec, par intervalles, des bourdonnements d'oreilles.

Le 5 janvier, examen par M. le professeur Guyon : rein gauche sensible à la palpation au niveau du sommet du triangle costo-vertébral, le même jour nausées.

Le 6, décapsulation du rein gauche. La capsule adipeuse est très adhérente sur toutes les faces du rein, mais surtout au niveau du pôle supérieur et de la partie supérieure de la face antérieure. Rein petit, bridé dans sa capsule ; nombreuses cicatrices à sa surface. La substance rénale, vue à travers la capsule, est piquetée de points blancs. Incision de la capsule propre sur le bord externe du rein. Décortication complète facile. Drainage, fermeture.

Le 7, la malade se plaint de vives douleurs lombaires, et du 19 au 24 janvier, elle se plaint de temps à autre de douleurs lombaires.

L'examen chimique des urines recueillies, le 24 janvier, donne :

	Rein gauche	Vessie
Quantité.	60 cmc.	95 cmc.
Urée.	21 gr. 15 par litre	21 gr. 10 par litre
Chlorures	3 gr. 80	4 gr. 10 »

A partir du 27 janvier, les différents troubles diminuent peu à peu.

Le 13 avril, le cathétérisme cystoscopique de l'urètre droit donne les résultats suivants :

	Rein droit	Rein gauche (Urines vésicales).
Volume.	16 cmc.	5 cmc.
Urée.	13 gr. 40 par litre	6 gr. 40 par litre
Chlorures	10 gr. 10 »	10 gr. 20 »

La malade revue quelque temps après, ne souffrait plus, avait un état général très bon, et avait repris ses occupations.

Obs. 75. — In thèse ERTZBISCHOFF, n° 207.

*Néphrite d'origine cardiaque avec périnéphrite douloureuse.
Décapsulation droite. — Disparition des douleurs.*

B. F..., 48 ans, cocher, entre à l'hôpital Necker, car il urine peu et a les jambes enflées. Alcoolique et cardiaque, il a de la dyspnée d'effort, des palpitations, du pouls lent, vertiges, céphalée. Depuis 15 jours, le malade éprouve des douleurs lombaires.

Petits signes de brightisme, cœur hypertrophié. Rein droit, sensible spontanément (sensation de gêne, de tension), augmenté de volume, pas douloureux à la palpation.

L'examen chimique des urines fait le 24 mars 1904 donne les résultats suivants :

Quantité	800 cc. en 24 heures
Densité.	1.027
Urée.	22 gr. 90 en 24 heures
Chlorures.	7 gr. 85 »
Acide phosphorique.	1 gr. 72 »
Albumine	traces
Urobiline.	très instable
Pas de cylindres	

L'état du malade ne s'améliorant pas, les douleurs lombaires persistant de même que l'œdème, la dyspnée, la cyanose et l'albuminurie, on décide d'intervenir.

Opération. — Le 7 mai 1904, incision lombaire droite. Capsule graisseuse adhérente à la capsule propre, surtout au niveau de la face antérieure du rein. Libération externe. Incision de la capsule propre sur le bord externe du rein, décortication facile. Rein gros, rouge brun, granuleux, quelques cicatrices où la capsule propre est plus adhérente. Les deux parties de cette capsule sont retroussées vers le hile. Drainage, fermeture.

Suites opératoires. — Dès le jour de l'opération, la sensation de tension dans le rein droit avait disparu. Le malade qui était au régime lacté, peut dès le 11 mai, manger de la viande et suivre le régime commun sans phénomènes toxiques. Il quitte l'hôpital le 13 juillet et reprend son travail. Il est très amélioré. Vers le début d'octobre, les jambes enflent et le malade meurt subitement le 12 octobre 1904.

Obs. 76. — ERTZBISCHOFF, thèse de Paris, n° 208.

Néphrite chronique douloureuse avec périnéphrite. — Décortication du rein droit. — Pas d'amélioration.

Ph. Marie, âgée de 63 ans, souffre depuis l'âge de 20 ans de douleurs sourdes dans les reins. Vers l'âge de 36 ans commencent les petits accidents de brightisme. Il y a un an, crise d'urémie. Depuis cette époque les douleurs lombaires ont augmenté, ainsi que l'essoufflement, les palpitations, l'œdème des jambes.

Les reins sont sensibles spontanément. Le rein droit est gros, tendu, régulier, douloureux à la pression. La vessie de capacité normale est un peu douloureuse à la pression du côté droit.

L'examen chimique des urines pratiqué le 17 mars, donne :

Quantité	1.100	centimètres	cubes.
Densité	1.013	»	»
Urée	12 gr.	80 par litre,	21 gr. 76 en 24 h.
Chlorures	5	» 30	» 9 » 01 »
Acide phosphorique	1	» 20	» 2 » 04 »
Albumine	traces.		

Examen histo-bactériologique. — Urines claires, épithélium plat ; quelques leucocytes ; pas de cylindres rénaux.

Le traitement médical est continué jusqu'au 27 avril ; devant le peu de résultats obtenus, la malade souffrant toujours, on intervient sur le rein droit.

Opération. — Le 28 avril 1904, décortication du rein droit.

On trouve une énorme couche adipeuse périrénale infiltrée. La 12^e côte est longue et le rein très profondément situé. Adhérence marquée des tissus péri-rénaux à la capsule propre, surtout à la face antérieure. Rein long, descendant à trois travers de doigt sous la côte, remontant haut devant elle, très étroit (3 cm.). Incision de la capsule propre sur le bord externe du rein. Décortication complète, difficile au niveau du pôle supérieur. La capsule est retroussée autour du pédicule rénal. La substance corticale saigne abondamment. Drainage et sutures.

Suites opératoires. — Dans les jours qui suivent la quantité d'urine varie entre 700 et 900, la plaie suppure, ce qui nécessite une désunion. La malade quitte l'hôpital le 28 juillet, la plaie guérie, l'œdème des jambes et l'albuminurie ont disparu.

Revue au mois de juin 1906, elle a toujours de l'œdème des jambes, se plaint d'essoufflement et ne peut se livrer à aucun travail. Dans la région lombaire, du côté opéré, elle souffre continuellement et l'auteur attribue ces douleurs à ce que la cicatrice est peu solide et donne lieu à un peu d'éventration.

Obs. 77. — ERTZEISCHOFF, thèse de Paris, n° 240.

Néphrite chronique douloureuse avec périnéphrite. — Rein droit légèrement mobile. — Décortication, fixation par les lambeaux capsulaires. — Amélioration de la douleur et de l'état général.

R. L..., 33 ans, éprouve vers l'âge de 23 ans de violentes douleurs dans le bas-ventre, sans pouvoir en préciser le siège. Quelques mois plus tard, en septembre 1894, alors qu'elle voyageait en chemin de fer, elle eut une forte douleur dans la région lombaire droite, et depuis ce moment elle a constamment plus ou moins souffert de ce côté. En septembre 1903, forte bronchite en même temps que les douleurs du côté droit deviennent plus vives. En octobre 1904, sans raison, les urines deviennent très foncées « couleur café » et déposent fortement. Les douleurs lombaires ne sont pas plus vives, mais la malade est très affaiblie.

En novembre, fièvre, vomissements qui la contraignent à s'aliter ; douleurs augmentant avec l'apparition des règles, puis disparaissant pour survenir à nouveau tous les mois, précédant les règles d'une huitaine de jours et durant une quinzaine environ.

En janvier 1905, la malade a été très frappée parce que dans son urine elle avait trouvé un très long caillot de sang. L'analyse des urines montra 1 gramme d'albumine.

Le rein droit est légèrement sensible à la pression dans l'espace costo-iliaque droit. Par le ballonnement on sent le rein, augmenté de volume, peu douloureux à la pression, mobile mais entièrement réductible dans sa loge et non douloureux à la réduction. Le rein gauche semble normal. Pas de douleur des uretères qui ne sont pas perceptibles par le toucher vaginal. La quantité des urines par 24 heures varie de 1.000 à 1.500 grammes, elles sont pâles et au repos il s'y forme un dépôt peu abondant.

Le 2 octobre, M. Albarran procède au cathétérisme urétéral, avec épreuve de la phloridzine et de la polyurie expérimentale, qui montre que les deux reins fonctionnent à peu près de la même façon et sont suffisants. L'examen chimique décèle 0 gr. 45 d'albumine dans les urines du rein droit, 0 gr. 125 dans celles du rein gauche. L'examen microscopique des échantillons donne pour le rein droit : rares leucocytes, débris épithéliaux, cylindres granuleux, pas de bacilles de Koch ; pour le rein gauche : des cellules épithéliales, pas de bacilles de Koch. Inoculation négative au cobaye.

Opération. — Le 1^{er} décembre, incision lombaire droite. Adhérences péri-rénales lâches. Le rein attiré au dehors présente à sa surface de nombreuses dépressions. La capsule propre est facile à enlever de la substance corticale qui apparaît granuleuse. Fixation du rein par les lambeaux capsulaires. Drain para-rénal, sutures, réunion par première intention.

Au moment où elle quitte la maison Dubois, le 3 janvier 1906, le rein est bien fixé : l'urine est toujours albumineuse, *elle souffre encore de douleurs peu fortes dans la région lombaire*, son état général est amélioré, les urines contiennent d'une façon continue près d'un gramme d'albumine.

Obs. 78. — Pousson, *Soc. de chirurg.*, 14 novembre 1906.

*Néphrite et périnéphrite chronique douloureuse. — Hématuries.
Néphrectomie. — Guérison.*

M... Joseph, 33 ans, ne présente rien dans ses antécédents. Il y a trois ans, sans cause connue, il ressentit une douleur subite dans la région lombaire droite, s'irradiant vers l'abdomen exclusivement, et deux ou trois jours après, il eut une hématurie qui dura 5 à 6 jours.

Depuis cette première crise, tous les deux ou trois mois, il en a une semblable à la première, avec début par des douleurs lombaires droites et 2 ou 3 jours après, apparition du sang dans les urines, et dès lors, cessation des douleurs. Dans l'intervalle, urines claires et limpides.

Malgré ces fréquentes hématuries, l'état général est parfait.

Il rentre à l'hôpital pour une hématurie qui cesse brusquement trois jours après.

L'exploration du rein gauche est négative, mais à droite, il y a de la défense de la paroi, ce qui n'empêche pas de sentir un rein douloureux, ballottant un peu.

Le résultat de l'examen des urines est bon et l'épreuve du bleu satisfaisant. Dans le dépôt, quelques leucocytes, des hématies, pas de cylindres, pas de bacilles de Koch.

Diagnostic : tuberculose rénale ou néphrite douloureuse hématurique.

Opération. — Périnéphrite scléro-adipeuse très intense, le rein est bosselé et volumineux. Au cours des manœuvres d'extraction, rupture d'un kyste qui laisse écouler un liquide limpide. Le pôle supérieur très adhérent, se déchire. Néphrectomie.

Suites. — Les urines sont à peine teintées le lendemain et le surlendemain, elles sont très claires. De la plaie s'écoule de l'urine qui provient du fragment du pôle supérieur détaché. On l'enlève secondairement. Guérison depuis neuf mois que l'opération est faite.

Examen anatomique. — Néphrite kystique à l'examen microscopique et inflammation interstitielle très avancée.

Obs. 79. — Pousson, in GODINEAU, thèse de Bordeaux, 1907.

Néphralgie. — Rein polykystique. — Néphrotomie. — Guérison.

Jean S..., 41 ans, charpentier. Entre à l'hôpital le 16 janvier 1907. Le malade dit avoir eu une rougeole à 4 ans, et à 22 ans, au cours d'une

période de vingt-huit jours, il eut une fluxion de poitrine. A 20 ans, il fit une chute d'une hauteur de six mètres et tomba sur une poutrelle, se fracturant trois côtes à gauche en même temps que se produisit une large ecchymose. Huit jours après, le malade reprenait son travail, quoique se ressentant encore de sa chute, et ce n'est pas avant un mois que toute douleur disparut. Pas d'hématurie après la chute.

L'an dernier, au mois de mai, à la suite de « plusieurs coups de froid », se déclara une pleurésie soignée et guérie par des vésicatoires et des cataplasmes sinapisés.

A noter que le malade, depuis son enfance, avait fréquemment des vomissements bilieux.

En 1891, brusquement, il ressentit une douleur très violente dans la fosse iliaque gauche, partant de la limite supérieure de celle-ci pour aller vers la verge. La douleur dura une demi-journée, subitement calmée lors de l'expulsion d'un calcul de la grosseur d'un grain de blé, accompagnée de quelques gouttes de sang. Un an après, nouvelle crise absolument semblable à la première, suivie d'une troisième l'année suivante.

Depuis, souvent dans les urines la malade constata un résidu ayant l'aspect de brique pilée et apparaissant particulièrement à la suite d'un travail plus pénible ou d'une longue course en voiture.

Il y a cinq ou six ans, la douleur, localisée jusqu'ici dans la fosse iliaque gauche, remonta vers la région rénale, s'irradiant depuis une quinzaine de mois vers l'épaule gauche; douleur intermittente et apparaissant d'une façon très irrégulière. Ces périodes douloureuses étaient suivies d'émission de graviers très fins et rougeâtres. Jamais de douleur rénale droite.

Actuellement, le 17 janvier, on ne constate rien d'anormal, à l'inspection des organes génitaux, rien non plus à l'exploration de l'urètre et de la vessie. L'urètre gauche est douloureuse à la pression profonde au niveau du détroit supérieur et du col du bassin. Le rein gauche, facilement senti par l'exploration bimanuelle, est très augmenté de volume, descendant jusqu'au niveau de l'ombilic. Le ballottement est peu sensible et l'exploration assez peu douloureuse. A l'ébranlement, douleur nette au niveau du rein gauche.

Du côté droit, rien à noter, le rein ne peut être senti, la percussion n'est pas douloureuse.

L'analyse des urines faite le 17 janvier, a donné :

Volume des 24 heures	»
Densité à + 15°	1.021
Réaction	normalement acide
Couleur	jaune foncé
Aspect	louche
Sédiment	peu abondant

Urée.	46 gr. par litre
Acide phosphorique total	4 gr. 60
Chlorure de sodium	9 gr. 35
Indican	léger excès

L'examen microscopique du sédiment présente des hématies, des déchets épithéliaux, des tractus de mucine, quelques cristaux d'acide urique en amas à angles très aigus. Pas d'albumine.

La séparation des urines faite le 17 janvier a donné :

	Rein droit	Rein gauche
Volume examiné.	2 cc.	8 cc.
Urée	40 gr. 40	9 gr.
Chlorure de sodium	»	7 gr. 90
Albumine.	présence	présence

Dans les deux reins, hématies, leucocytes, déchets épithéliaux.

A droite seulement, nombreux tractus de mucine.

Le malade est un peu amaigri.

Radiographie négative.

Opération. — Le 19 janvier, incision lombaire ; on arrive facilement sur un rein volumineux, nettement polykystique, le rein est fendu et exploré ainsi que le bassinnet, mais on ne trouve pas de calculs. Décapsulation facile. Suture du rein. Le bassinnet est drainé à l'aide d'une sonde de Pezzer.

Suites opératoires normales. — Les urines rendues sont sanguinolentes, 4.600 centimètres cubes. Le 24, les urines contiennent toujours du sang ; le 27 on enlève les points de suture superficiels, le pansement est assez abondamment souillé d'urine. Le 2 février, la malade se lève, la quantité d'urine qui s'écoule par la plaie diminue sensiblement, bon état général.

Le 8 février, hématurie assez abondante avec caillots et coliques urétérales. L'émission d'urines atteint 2.000 centimètres cubes. Le 13 février, l'hématurie continue malgré une potion hémostatique ; la plaie est à peu près complètement cicatrisée, le rein gauche a beaucoup diminué de volume ; par contre le rein droit est devenu volumineux et est parfaitement senti à la palpation bimanuelle.

Le 16, cystoscopie sans résultats nets, mais à la suite de la manœuvre, cessation complète des hématuries.

Le 22, il sort encore un peu d'urine par la plaie lombaire, pas de nouvelle hématurie.

Le 23, nouvelle hématurie avec élévation de température.

Le 27, urines redevenues pâles, 4.350 centimètres cubes.

Densité à +15° 10 gr. 17

Réaction normalement acide.

Acide phosphorique total	1 gr. 45
Chlorure de sodium	4 » 10
Indican	normal.
Albumine	1 gr.

Très nombreux leucocytes, hématies.

Le 1^{er} mars, les urines sont très claires, il n'y a plus d'urine dans le pansement ; les douleurs ont complètement cessé.

Obs. 80. — POUSSEON, in GODINEAU, thèse de Bordeaux, 1907.

Néphralgie avec gastralgie et entéralgie. — Néphrite chronique. — Néphrotomie. Disparition de toutes les douleurs.

M. D..., 70 ans souffre de crises gastralgiques depuis l'âge de 50 ans ; à 46 ans, il dit avoir été atteint d'hémorragies intestinales. Vers le milieu de l'année 1902, il a eu des crises de coliques néphrétiques, sans issue de sable ni de gravier.

A partir de cette époque, il a été pris de troubles nerveux intenses consistant en hyperexcitabilité, inaptitude au travail, douleurs erratiques dans les membres, sensation de fatigue générale, insomnie, cauchemars. Les divers traitements employés restèrent sans effet. Le malade, qui souffrait de partout à ce moment, ne se rappelle pas s'il souffrait plus dans la région rénale que dans les autres régions de l'abdomen.

En juillet 1903, il a été atteint de phlébite variqueuse de la jambe gauche qui l'a obligé à garder le lit pendant un mois.

Quelque temps après ce séjour à la chambre, il a rendu, à quelques jours d'intervalle, sans colique néphrétique et sans autre douleur que celles déterminées par leur passage dans l'urètre, deux petits graviers uriques assez irréguliers à leur surface.

En septembre 1904, les crises de gastralgie qui n'ont jamais cessé de tourmenter le malade, deviennent plus intenses. La douleur ne reste pas localisée à l'estomac, mais elle s'irradie à tout l'intestin et s'accompagne de hoquets persistants. L'ingestion de tout aliment, de tout liquide, y compris le lait, augmente les douleurs et provoque les vomissements. Le malade maigrit et perd ses forces. Pour le soutenir, on pratique des injections de lécithine. La troisième de ces injections faite à la fesse, détermine un phlegmon très étendu dont la cicatrisation est lente à se faire. Les frais de la suppuration, augmentant la faiblesse du malade, rendent les douleurs de l'estomac encore plus pénibles. Les souffrances se généralisent à tout l'abdomen, et de temps en temps, le malade, à la suite de crises plus douloureuses, rend des fausses membranes et du sang dans ses selles.

Vers la fin de 1904, M. D..., tout en continuant à souffrir de gastralgie, commence à ressentir des douleurs localisées dans la région lombaire

droite, s'irradiant dans la fosse iliaque et jusque dans l'aîne. Ces douleurs surviennent par crises spontanément, sans provocation. Elles ont une intensité excessive et affectent les caractères de la colique néphrétique la plus intolérable. Cependant, le malade n'observe rien de particulier dans ses urines, au moment des crises : ni oligurie, ni hématurie, aucune altération macroscopique, les besoins sont seulement un peu plus fréquents.

Les douleurs lombaires semblent prendre le pas sur les douleurs abdominales. Le professeur A. Moussous, médecin du malade, me fait appeler en consultation, le 9 février 1905.

Malgré l'absence d'alimentation et le manque de sommeil, M. D... n'est ni considérablement affaibli, ni très amaigri. La nuit précédente, il a eu une crise de douleurs lombo-abdominales de plusieurs heures, mais il est relativement calme au moment de mon examen.

La palpation du ventre est indolente et la paroi abdominale se laisse facilement déprimer dans tous ses points, sauf au niveau de l'hypocondre, du flanc et de la fosse iliaque à droite. Dans ces régions, ces muscles sont à l'état de défense et la pression à leur niveau est douloureuse. Les doigts placés en arrière dans le sinus costo-lombar, déterminent, à la pression, une douleur violente, qui augmente encore, si on repousse avec l'autre main, placée à plat sur l'hypocondre, la paroi antérieure de l'abdomen. Le rein n'est pas perceptible à la palpation et le ballottement ne peut être recherché, en raison de la rigidité de la paroi. La percussion au niveau du rein n'augmente pas les douleurs.

Le malade accuse deux sortes de douleurs : les unes occupent tout le ventre et s'accompagnent de troubles de l'estomac et de l'intestin, hoquets, éructations, émission de gaz par l'anus ; les autres sont localisées dans le côté droit, en arrière, et s'irradient vers l'aîne et la racine de la cuisse. Tandis que les premières sont presque constantes, mais relativement modérées, les secondes surviennent par crises à intervalles irréguliers, plutôt la nuit et ont une acuité qui les rend intolérables. Ces dernières douleurs ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel de la miction, d'aucune altération apparente des urines.

L'analyse des urines, faites la veille de mon examen, donne :

Quantité des 24 heures	1.400 cc.
Densité à + 15°	1.009 —
Réaction.	moyennement acide
Couleur	jaune pâle
Urée.	7 gr. par litre
Acide urique.	0 gr. 18
Chlorures.	4 » 60
Phosphates	0 » 70
Sulfates.	0 » 60
Indican.	normal
Albumine.	0 gr. 20 par litre

Le dépôt, extrêmement faible, renferme de très longs tractus de mucine, quelques cellules de l'uretère et de rares hématies ; mais malgré une centrifugation très soignée, on n'a pu y déceler aucune trace d'oxalate de chaux, ni d'acide urique.

En présence des phénomènes douloureux, si nets du côté du rein, je porte le diagnostic du calcul rénal, diagnostic, qui, s'il ne trouve pas sa confirmation dans l'analyse des urines pauvres en acide urique et dépourvues de cristallisations uratiques et oxaliques, a en sa faveur l'expulsion des petites concrétions antérieurement rendues par le malade. En conséquence, je prescris une cuillerée de glycérine, à prendre matin et soir, de l'urotropine et un traitement prolongé au carbonate de lithine, alternant avec des eaux minérales naturelles lithinées. Le malade n'éprouve aucune amélioration de ce traitement continué pendant deux mois. Les crises lombaires, sans augmenter, ne diminuent tout au moins pas d'intensité, mais les douleurs gastro-intestinales vont en s'accroissant malgré un traitement approprié. Au bout de quelque temps, appelé de nouveau auprès du malade, je fais sensiblement les mêmes constatations que lors de mon premier examen, du côté du rein, et mon diagnostic que je maintiens, se fortifie de ce fait que le mouvement et, en particulier le transport en voiture et en chemin de fer, a exagéré les douleurs lombaires.

Je propose la néphrotomie, en prévenant la famille et le malade lui-même que si l'incision ne me fait pas trouver de graviers, elle sera suivie très vraisemblablement, quand même, de la cessation des douleurs.

Opération. — Le 13 septembre, après chloroformisation, j'ouvre la loge lombaire. L'atmosphère adipeuse est très développée, pas de périnéphrite. Le rein, très rapidement extrait, est légèrement plus petit que normalement. Il est grisâtre, de consistance dure, bosselé. La capsule propre, un peu épaissie, présente quelques plaques laiteuses. La palpation du parenchyme et celle du bassinnet, ne révélant pas la présence du calcul, j'incise l'organe sur son bord connexe jusqu'au bassinnet. L'exploration des deux valves et celles des calices et du bassinnet reste aussi négative. La coloration du tissu rénal sur ces deux tranches est foncée et on distingue mal la substance corticale de la substance médullaire. Après avoir réséqué un petit fragment lamellaire du tissu sur chacune des valves, je les rapproche l'une de l'autre, après avoir placé une sonde de Pezzer dans le bassinnet et je les suture. Résection de la capsule propre ; fermeture de la plaie.

Suites. — Guérison par première intention, sans élévation de température, sauf le sixième jour où elle atteint, sans que j'en puisse déterminer la cause, 38°. Le dixième jour, j'enlevai la sonde de Pezzer du bassinnet. Ce jour-là et les jours suivants, il ne passa que très peu d'urine par la plaie rénale ; mais le quatrième jour, l'urine ne sembla plus prendre le chemin de l'uretère et le malade fut inondé. Cela dura neuf jours, puis

brusquement l'urine cessa de passer, et en quelques jours la plaie du rein et de la paroi fut complètement fermée.

Quant aux douleurs, elles disparurent aussitôt après l'opération. Non seulement le malade n'eut plus de crise lombaire, mais les crises gastralgiques et entéralgiques cessèrent complètement aussi. Après avoir été maintenu au régime pendant une quinzaine de jours, il reprit peu à peu le régime habituel sans éprouver la plus petite douleur, le plus petit trouble de la digestion.

A l'heure actuelle, neuf mois après l'opération, M. D... a recouvré complètement la santé. La région rénale n'est pas plus douloureuse à la pression qu'elle ne l'est spontanément.

L'analyse des urines pratiquée le 14 janvier a donné :

Volume des vingt-quatre heures.	4.500 cc.
Densité à + 15°	1.025
Couleur.	jaune clair
Aspect	limpide
Sédiment.	peu abondant
Urée.	24 gr. 50 par litre
Phosphates.	2 gr. 70
Chlorure de sodium.	9 gr. 25
Albumine.	0 gr.

Le dépôt est constitué par de nombreux leucocytes avec de rares hématies; quelques spermatozoïdes, nombreux cristaux d'oxalate de chaux et d'acide urique, quelques cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

Examen histologique du fragment prélevé. — Néphrite mixte.

Obs. 81. — POUSSON, in GODINEAU, thèse de Bordeaux, 1907.

Néphralgie. — Néphrite épithéliale et congestion.

Néphrotomie. — Guérison.

François O..., 32 ans, cultivateur, sans aucun antécédent morbide, familial ou personnel. Entre à l'hôpital le 3 janvier 1904 pour de vives douleurs lombaires droites, l'empêchant de travailler depuis le mois de juin dernier.

Ces douleurs, qui ont débuté brusquement et sans cause par une crise violente, consistent en une sensation habituelle d'endolorissement profond et diffus, qui s'exalte à la suite d'une fatigue, d'un exercice prolongé et quelquefois même à la suite d'un simple mouvement. Au moment des crises aiguës, les besoins d'uriner sont un peu plus fréquents, cependant les urines ne paraissent pas altérées, et elles n'ont jamais contenu du sang, mais le malade dit qu'il lui a semblé voir une fois du sable gris foncé dans le fond de son vase.

A son entrée dans les salles, le malade paraît jouir de la meilleure santé, toutefois il dit qu'il a légèrement maigri. Il se plaint de ne souffrir que de la région lombaire droite, mais accuse aussi quelques douleurs irradiées dans la région lombaire gauche. La paroi lombaire droite est à l'état de défense musculaire, aussi est-il difficile d'interroger la sensibilité du rein en déprimant cette paroi au niveau du sinus costo-lombaire ; on y parvient cependant en détournant l'attention du malade et on réveille alors une douleur très violente. La percussion de la région lombaire provoque également une douleur irradiant vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. La pression en avant sur le bassin et sur le trajet de l'uretère est indolente. L'exploration par la palpation du rein et de l'uretère gauches est indolente et absolument négative.

La vessie est insensible à la pression sur l'hypogastre, de même qu'au contact des instruments introduits dans sa cavité. Sa capacité physiologique est conservée.

L'examen des urines globales donne :

Quantité d'urines émises dans les 24 heures. . .	1.200 cc.
Densité à + 15°.	1.025
Réaction	hyperacide
Couleur	normale
Sédiment.	peu abondant
Urée.	31 gr. par litre
Acide phosphorique total	2 gr. 45
Chlorure de sodium.	15 gr. 80
Albumine	traces

Hématies, nombreux cristaux d'oxalate de chaux ; pas de cylindres.

La division des urines donne :

	Rein gauche par litre	Rein droit par litre
Urée	26 gr.	24 gr. 70
Chlorure de sodium .	14 gr. 62	18 gr. 90
Albumine	0 gr. 50	0 gr. 10
	Très rares cristaux d'oxalate de chaux.	Très nombreux petits cristaux d'oxalate de chaux.

On porte le diagnostic de calcul du rein droit et on propose la néphrotomie exploratrice.

Opération. — Le 6 janvier, après chloroformisation, ouverture de la loge rénale. Pas de périnéphrite ; le rein rapidement séparé de son atmosphère adipeuse, est amené au dehors avec quelque difficulté, en raison de son volume. Il est fortement congestionné, de couleur noirâtre, lisse à sa surface, présentant, disséminés sur ses deux faces, des plaques laiteuses

de sa capsule propre. Sa palpation attentive ne donne lieu à aucune sensation pouvant indiquer la présence d'un calcul dans son parenchyme ; il en est de même de la palpation des calices et du bassinnet.

L'incision pratiquée sur le bord convexe, jusqu'au bassinnet, s'accompagne d'un abondant écoulement de sang qu'on arrête par la compression de l'artère rénale. Les deux tranches rénales sont foncées de couleur, mais on distingue bien les deux couches : corticale et médullaire. La palpation des deux valves ne fait pas découvrir de calculs dans leur épaisseur. Les calices et le bassinnet n'en contiennent pas non plus. La capsule propre ayant été réséquée et deux petits fragments prélevés sur chacune des tranches rénales pour l'examen histologique, on suture les deux valves, on place une mèche au pôle inférieur et on ferme la plaie.

Suites. — Elles furent des plus simples. La température ne dépassa pas 37° et la réunion par première intention se fit en quelques jours.

Les urines restèrent hématuriques pendant près de trois semaines, mais, sauf les trois ou quatre premiers jours, il n'y eut pas d'hématurie proprement dite. Chose digne d'être notée, pendant huit jours, l'analyse révéla dans les urines de nombreux cristaux d'acide oxalique et d'acide urique, et de plus quelques cylindres granuleux, puis tout cela disparut.

Dès le lendemain de l'opération, les douleurs lombaires cessèrent et n'ont pas reparu depuis. Au bout de quelques mois de repos chez lui, le malade a pu reprendre ses travaux de cultivateur. Les dernières nouvelles qu'il a données remontent à quatre mois. Son état continue à être satisfaisant.

Examen histologique des fragments. — Les glomérules sont dilatés et à cellules plates nombreuses. Les cellules de la capsule de Bowmann sont partiellement détachées. Les tubes contournés et les anses ont leurs cellules abrasées, à débris versés dans la lumière des tubes. Les vaisseaux sont congestionnés, à parois épaissies. Il existe de l'infiltration intertubulaire légère avec petits îlots de globules blancs.

En résumé, néphrite épithéliale et congestion.

Obs. 82. — **POUSSON**, in **GODINEAU**, thèse de Bordeaux, 1907.

Néphrite unilatérale, partielle et douloureuse.

Néphrotomie. — Guérison.

R..., 32 ans, horloger, sans antécédents lithiasiques, n'a jamais eu aucune maladie grave. Depuis trois ou quatre ans, il souffre du rein gauche. Ces douleurs, survenant d'abord par crises espacées de plusieurs mois, avaient par leurs irradiations tous les caractères de la colique néphrétique, mais elles n'en ont jamais eu l'intensité. Jamais elles n'ont été suivies de l'expulsion de graviers, toutefois le malade dit que dans son vase, à diverses reprises dans l'intervalle des crises, il a constaté la pré-

sence de sables. Depuis un an, les crises sont beaucoup plus rares, mais elles ont fait place à un état douloureux habituel de la région lombaire gauche. C'est une sensation d'endolorissement profond, qui s'atténue, mais ne cesse pas complètement, par le repos et dans le décubitus dorsal et qui s'accroît pour revêtir les caractères d'une vive douleur dans certains mouvements du tronc, et à la suite de la marche. Les urines sont claires, limpides et n'ont jamais contenu du sang.

A son entrée à l'hôpital, le 18 février 1905, R... a l'aspect de la meilleure santé, il se plaint uniquement du côté gauche. L'examen de l'appareil génital est négatif. La pression en avant sur l'uretère droit à travers la paroi abdominale et en arrière sur le rein correspondant, en dehors de la masse sacro-lombaire, ne provoque aucune douleur, le rein de ce côté n'est pas perceptible; la pression sur l'uretère gauche n'est pas non plus douloureuse, mais celle qu'on exerce sur le rein de ce côté dans le sinus costo-lombaire détermine une vive douleur, qui augmente encore si on pratique l'exploration bimanuelle. Cette exploration ne permet pas de sentir le rein. En percutant la région rénale gauche, on provoque une douleur des plus nettes et cette exploration répétée à plusieurs reprises est constamment positive.

Pendant les quelques jours que le malade est soumis à l'observation, l'urine est claire, ayant tous ses caractères physiques normaux, sans dépôt, sauf un jour où elle contient des sables uriques en assez grande quantité; son volume des vingt-quatre heures oscille entre 1.300 et 1.600 centimètres cubes.

L'analyse pratiquée le 21 février donne :

Volume des vingt-quatre heures	1.500 cc.
Densité	1.016 —
Réaction	hypoacide
Couleur	jaune rougeâtre
Aspect	louché
Sédiment	assez abondant
Urée	24 gr. par litre
Acide phosphorique total	2 gr. 50
Chlorure de sodium	5 » 60
Albumine	0 » 20
Acide urique	assez forte proportion
Quelques hématies et leucocytes, absence de cylindres.	

Le diagnostic probable est calcul du rein gauche et la néphrotomie proposée est acceptée.

Opération. — Le 25 février, après chloroformisation, incision lombaire gauche. L'atmosphère adipeuse du rein est peu développée, pas de péri-néphrite. Le rein, facilement extrait, est plus volumineux que normale-

ment, il est surtout plus épais à son pôle inférieur et tend ainsi à affecter une forme globuleuse. La consistance, pourtant plus ferme que normalement, est très résistante à ce même pôle inférieur où les tissus pressés entre les doigts donnent par leur dureté la sensation d'un calcul. Ces tissus incisés crient sous le bistouri et leur résistance est telle qu'il semble, à un moment donné, que la pointe se met en contact avec un gravier. Cependant le doigt introduit par l'incision ne trouve aucune concrétion. L'incision est alors agrandie et le rein fendu le long de son bord convexe du pôle supérieur au pôle inférieur, et l'exploration des calices et du bassinnet ne fait pas davantage découvrir le calcul.

L'inspection des deux tranches rénales après hémostase, par compression de l'artère, montre que, tandis que les deux couches corticales et médullaires sont distinctes dans les deux tiers supérieurs et ont leur aspect physiologique, elles sont confondues dans le tiers inférieur, où le tissu, aussi bien au centre qu'à la périphérie, est uniformément pâle et grisâtre. La capsule propre, qui se détache assez facilement dans la partie supérieure de l'organe, adhère fortement au pôle inférieur et le parenchyme se déchire et saigne à la suite de son ablation. Une sonde de Pezzer ayant été placée dans le bassinnet, les deux valves du rein sont suturées ensemble à l'aide de cinq points profonds au catgut n° 3 et de quatre points superficiels au catgut n° 2. L'organe est alors réintégré dans sa loge, et après avoir placé une compresse au-dessous de son pôle inférieur, on ferme la paroi lombaire.

Suites. — Aucun incident ne se produisit à la suite de l'opération. Les urines, après avoir été assez fortement chargées de sang pendant deux jours, redeviennent exsangues dès le quatrième jour. Les urines émises par la sonde rénale subirent les mêmes modifications. Leur écoulement par la sonde fut d'ailleurs peu abondant, la plus grande partie suivant le chemin de l'uretère.

La sonde fut supprimée le neuvième jour, la compresse avait été enlevée au quatrième jour, et à ce moment, la réunion par première intention était obtenue.

Le malade n'eut pendant vingt jours aucune élévation de température, mais à ce moment, le thermomètre s'éleva très rapidement à 39°3, en même temps qu'une douleur se déclara dans la jambe gauche, traduisant le début d'une phlébite, cette complication bientôt enrayée, n'eut aucune suite grave.

Pendant quelques jours après l'opération, le malade se plaignit de la région rénale, mais les douleurs lui semblèrent moins profondes et d'une autre nature; peu à peu elles s'atténuèrent et disparurent complètement vers la fin de la deuxième semaine. Depuis lors, le malade n'a plus souffert de son rein; j'ai eu l'occasion de le voir plusieurs fois et de m'assurer que non seulement le rein n'était pas douloureux spontanément, mais qu'il

était également insensible à la pression et à la palpation. Le malade a été vu pour la dernière fois à la fin de décembre.

Examen histologique des fragments du rein. — Les cellules de la capsule de Bowmann sont en partie détruites ou tombées dans sa cavité, les glomérules sont un peu dilatés ; dans les tubes contournés et la branche montante, il existe une tuméfaction trouble des épithéliums, les cellules sont abrasées et dans la lumière de ces tubes on voit des débris cellulaires et des cellules globuleuses sans caractère, à bâtonnets. La lumière des artères est remplie d'hématies avec quelques rares polynucléaires.

En résumé. — Néphrite épithéliale et congestion vasculaire légère.

Le malade revu le 20 mars 1907, a un état général très bon. Il ne souffre plus de douleurs ni spontanées, ni provoquées, ses urines sont d'une limpidité parfaite.

Obs. 83. — ALBARRAN, *Journal des Praticiens*, 22 août 1908.

Périnéphrite douloureuse. — Néphralgie. — Rêno-décortication. — Guérison.

Une jeune femme de 30 ans entre à l'hôpital pour des douleurs sourdes, continues, dans le côté droit du ventre. Les accidents ont éclaté quelques mois après une couche faite il y a plusieurs années. Ce sont des douleurs profondes, non traversées de crises paroxystiques, mais qui s'exagèrent quand la malade se couche du côté gauche. A un moment donné les urines ont été troubles, mais elles sont redevenues claires ensuite.

L'examen montre un rein droit mobile, non augmenté de volume et non douloureux, à qui on peut aisément faire réintégrer sa loge. Le foie est également abaissé et dépasse de deux travers de doigt le rebord costal. La rate est légèrement mobile. Le toucher vaginal permet de localiser un point douloureux à l'orifice urétéral du côté droit. La cystoscopie ne montre rien d'anormal.

L'urine est claire, normale, un peu moins abondante et moins riche en quantité sécrétée et en principes minéraux pour le rein droit que pour le gauche. De légères traces d'albumine sont décelées dans l'urine ; ce phénomène est fréquent dans le rein mobile. Les grosses différences dans la sécrétion de l'un et l'autre rein n'apparaissent qu'à l'occasion d'altérations rénales accusées ou d'une rétention rénale abondante.

Cette malade ne se plaint d'aucun trouble digestif ou nerveux. *Jamais elle n'a eu de crises douloureuses aiguës.*

Le cathétérisme urétéral permet de remonter jusqu'à 15 centimètres de haut ; à ce niveau la sonde est arrêtée et il faut faire remonter par un aide le rein dans sa loge pour dissiper l'obstacle et atteindre jusqu'au bassinnet. Une coudure urétérale était en jeu qui disparaît avec le relèvement de l'organe. Chez de pareilles malades, le bassinnet en général est dilaté et des rétentions légères de 20 à 40 centimètres cubes sont communément observées.

Ce qui domine pour cette femme, ce sont les douleurs indépendantes de toute rétention rénale et bien plutôt attribuées à des lésions de périnéphrite avec adhérence. Les adhérences peuvent exister en dépit de la mobilité rénale ; ce qui semble indiquer que cette cause de douleur est bien en jeu, ce sont les souffrances accusées par la malade quand elle se couche du côté opposé. Des tiraillements se produisent et les douleurs s'exagèrent de ce fait.

Opération. — Périnéphrite, néphrolyse, fixation par le procédé d'Albaran. Les douleurs disparaissent.

Obs. 84. — BLEEK (Bonn), *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. LXI, fasc. 2 janvier 1909, p. 398 à 447.

Femme, 19 ans, commence à souffrir de coliques soudaines au niveau du rein gauche ; des hématuries abondantes survenant sans cause apparente, accompagnant les coliques. On observe assez longuement le malade, puis on fait le cathétérisme des uretères qui montre, à droite, une urine absolument normale, et, à gauche, une urine contenant de l'albumine, des cylindres, des hématies et quelques leucocytes. On répète plusieurs fois cet examen qui donne les mêmes résultats. On décide l'intervention. Un peu de périnéphrite. Néphrotomie exploratrice : bassinot normal, sans calculs. Décapsulation et excision d'un fragment pour l'examen histologique. Guérison. Revue huit mois après, elle a augmenté de six livres, n'a plus ni douleurs, ni hématurie ; le cathétérisme de l'uretère montre à gauche des traces d'albumine et quelques hématies à droite des hématies et des cellules épithéliales. L'examen histologique des fragments montre des lésions de néphrite chronique au début.

Obs. 85. — FINOCCHIARO, *Il Policlinico*, vol. XIV, C.

Périnéphrite douloureuse. — Décapsulation. — Guérison.

F..., 22 ans, sans antécédents héréditaires. Réglée à 12 ans, la menstruation était précédée de douleurs au flanc gauche. Depuis quatre ans, en même temps qu'un arrêt temporaire des règles, douleur à gauche, par accès, en ceinture, irradiant vers l'épigastre, le long du crural et du sciatique, descendant jusqu'aux genoux et remontant en haut vers la colonne vertébrale. De semblables douleurs, parfois accompagnées de fièvre, survenaient au début tous les deux ou trois mois, elles furent ensuite plus fréquentes. Cependant le ventre devenait gros, et deux ans avant son entrée à la clinique, elle se croyait enceinte. Les urines semblaient plus abondantes après chaque crise douloureuse, et cette augmentation des urines semblait coïncider avec une diminution du volume de la tumeur.

A son entrée, tumeur du volume d'une tête fœtale dans la fosse lombaire

gauche. Sa surface est lisse, sa consistance molle, élastique et profondément fluctuante. Elle est mobile quelque peu dans le sens transversal. Pas de ballonnement et tympanisme à la percussion en avant.

Pendant son séjour à l'hôpital, elle se plaint de douleurs au flanc gauche. Elle a eu deux crises douloureuses avec les caractères de la colique néphrétique. Après les crises, elle urine de 1.700 à 1.800 centimètres cubes, tandis que dans l'intervalle, le taux des urines ne dépasse pas 700 à 800 centimètres cubes.

Urines. — Albumine et sucre néant, sédiments très abondants d'urates et de phosphates ammoniaco-magnésiens ; urée entre 10 gr. 56 et 20 grammes par litre ; densité 1.020 à 1.023. Après la seconde crise douloureuse, les urines ont contenu une très forte décharge d'acide urique, de chlorure de sodium, de phosphate ammoniaco-magnésien et renfermaient une certaine quantité de globules blancs.

Il est à noter qu'à la suite des débâcles urinaires, on n'a constaté aucune diminution de la tumeur.

Diagnostic : hydronéphrose calculeuse.

Opération. — Mise à nu du rein, décapsulation avec la capsule adipeuse. Rein à noter du côté du rein, si ce n'est la congestion.

Exploration avec l'aiguille, pas de calculs, mais présence de concrétions. La capsule adipeuse, très épaisse et congestionnée, forme un volumineux lipome capsulaire qu'on enlève. Le rein est remis en place. Fermeture, sans drainage.

Suites opératoires. — Excellentes. Disparition de la tumeur et des douleurs, la malade reste guérie depuis un an.

Obs. 86. — FINOCCHIARO, *Il Policlinico*, vol. XIV. C.

*Périnéphrite avec néphrite chronique douloureuse. — Décapsulation.
Guérison.*

Homme, 27 ans. Paludisme et rhumatisme dix ans auparavant.

Depuis quatre ans, douleurs lombaires d'abord légères et espacées puis continues. Peu à peu, les douleurs se localisent à droite. Périodiquement, il souffrait de douleurs aiguës, par accès, localisées à la région lombaire droite mais diffusant dans la région lombaire gauche, mais jamais vers la cuisse et le testicule, ces crises s'accompagnaient de vomissements et d'urines noirâtres ou rougeâtres. Les derniers accès très intenses se sont prolongés pendant près d'un mois avec très peu de répit.

À la palpation, augmentation de résistance dans la région lombaire droite, mais pas de tuméfaction. On sent le pôle inférieur du rein droit dont la pression est douloureuse. Rien à gauche.

Cystoscopie. — Vessie normale, mais des orifices urétéraux s'écoulent une urine légèrement sanglante.

Urines. — Volume 1.300 centimètres cubes ; densité 1.014. Elles sont rougeâtres, laissent déposer un abondant sédiment formé de cristaux de triphosphate, de corpuscules blancs abondants, au point de faire supposer un léger degré de suppuration, et des globules rouges. Urée : 9 grammes par litre et l'albumine 0 gr. 25.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade a eu journellement des accès douloureux, le plus souvent à droite, mais parfois à gauche. Les urines renferment toujours du sang. La radiographie montre une ombre noire, dont les limites ne sont pas bien définies, et qui correspond à la région lombaire droite. Croyant à un calcul, on fait une incision lombaire, on met à nu le rein droit et on le libère de sa capsule adipeuse énorme. Il est normal, n'a pas de calculs. La fonction exploratrice donne cependant la sensation de masses sablonneuses. On fait la décortication, les douleurs disparaissent, les hématuries persistent cinq jours, puis disparaissent. Les douleurs du rein droit ont complètement disparu.

Obs. 87.— FINOCCHIARO, *Il Policlinico*, vol. XIV. C.

Grosse périnéphrite avec néphrite chronique douloureuse.

Décapsulation. — Guérison.

F..., 55 ans, tandis qu'elle travaillait, est prise dix jours avant son entrée à l'hôpital d'une douleur très violente dans la région lombaire droite. Les douleurs diminuaient dans le décubitus dorsal et surtout latéral droit ; elles augmentaient par la marche et diminuaient par une application de compresses chaudes sur la région. Mictions fréquentes et hématuries. La continuation de la douleur la fait entrer à l'hôpital.

La palpation de la région est très douloureuse et gênée par la défense musculaire. On sent néanmoins une tuméfaction à limites peu nettes, à surface inégale, à consistance élastique, qui remplit toute la région lombaire, se prolonge en bas jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque et se perd en haut sous le rebord costal. Cette tumeur ne suit pas les mouvements respiratoires, n'est pas mobile.

Cathétérisme urétéral donne, à droite, des urines claires contenant moins de sédiments qu'à gauche, un léger louche d'albumine et de rares leucocytes. On trouve 13 gr. 8 d'urée par litre, à droite, du côté malade ; tandis qu'à gauche 19 gr. 13 par litre.

Diagnostic incertain entre hydronéphrose et calcul.

Opération. — Grosse périnéphrite fibreuse, capsule propre épaissie, difficile à décortiquer ; rein très hyperémié, mais aucun calcul. Le rein est remis en place.

Suites opératoires. — Guérison de la douleur, et disparition des sédiments dans les urines.

Obs. 88.— FINOCCHIARO, *Il Policlinico*, vol. XIV. C.

Néphrite chronique traumatique douloureuse. — Néphrolyse. — Guérison.

H..., 33 ans. Depuis deux ans, à la suite d'une chute sur la région lombaire gauche, douleurs qui augmentent par intervalle, sans motifs, surtout quand il s'appuie du côté malade. Douleurs lombaires irradient à la cuisse et au scrotum et s'accompagnent d'hématuries et de douleurs pendant la miction.

La palpation de la région est douloureuse. Cathétérisme urétéral. Côté droit : 300 centimètres cubes d'urines en deux heures, urée 14 à 17 grammes par litre, albumine 0 gr. 50 par litre. Côté gauche : 230 centimètres cubes d'urines en 2 heures, urée, 12 à 15 grammes par litre ; albumine 1 gramme par litre. Urates et hématies des deux côtés, mais plus abondants à gauche.

Opération. — Ni périnéphrite, ni calcul, mais rein gauche cyanosé, mou. Néphrolyse. Guérison d'opération et des douleurs.

Obs. 89. — SIMONIN et TANTON, *Presse médic.*, n° 21, 13 mars 1909.

Néphrite unilatérale avec périnéphrite chronique douloureuse, d'origine traumatique.

Soldat, âgé de 23 ans, reçoit le 22 janvier 1906 un violent coup de genou dans l'hypocondre droit. Douleur vive et hématurie qui persiste trois mois. Rapatrié en mai 1906, il se plaint de douleurs et de gêne de la marche avec claudication.

Il ressent dans la fosse lombaire droite des douleurs sourdes et profondes, quand il est couché, accompagnées d'élancements intermittents qu'il compare à des coups d'aiguille quand il est debout. Dans cette position et pendant la marche, il ressent des tiraillements pénibles, irradiés le long du canal inguinal, jusque dans le testicule droit. La pression profonde est douloureuse, mais pas d'empatement et aucune mobilité du rein.

Il ne marche pas sans recourir à un appui ou à une canne. Debout, il a une attitude raide et soudée et s'incline légèrement. Il marche à pas comptés, les épaules un peu remontées, cherchant à immobiliser les dernières vertèbres dorsales et lombaires et le pubis. Pour ramasser un objet, il s'incurve latéralement à droite. La flexion ou l'extension forcée de la colonne vertébrale, les mouvements de latéralité ou de torsion provoquent une douleur sourde dans l'hypocondre droit, où le malade accuse une sensibilité anormale, mise en éveil par tous les mouvements provoqués ou spontanés. On croit à une algie névropathique, mais aucun stigmate nerveux.

Urines limpides, de densité faible 1.010 à 1.015 ; la quantité d'urée varie de 10 à 19 grammes, de même que l'acide phosphorique qui va de 1 gr. 4 à 2 gr. 20. Les chlorures sont éliminés en quantité normale. Ni albumine, ni sucre, ni cylindres, ni éléments cellulaires anormaux pouvant faire soupçonner une altération chronique, même légère, du parenchyme rénal. On pense à la possibilité d'une lésion cicatricielle.

Le cathétérisme urétéral et l'exploration fonctionnelle montrent que le rein droit élimine en volume, une quantité d'urine de moitié inférieure à celle que fournit le rein gauche. Toutefois les quantités d'urée et de chlorures éliminés sont à peu près identiques, par litre, pour l'un ou pour l'autre rein.

De ces constatations, il semble résulter : 1° qu'une portion du rein droit est soustraite au fonctionnement de l'organe ; 2° que la portion restée intacte conserve un rendement normal.

Obs. 90. — SIMONIN et TANTON, *Presse médic.*, n° 21, 13 mars 1909.

Néphrite traumatique douloureuse, unilatérale.

Jeune soldat, reçoit, le 26 juin 1907, un coup de pied de cheval dans l'hypocondre gauche. Douleur intense dans la région lombaire gauche, se traduisant par une pesanteur très pénible, s'exaspérant pendant les fortes inspirations et à l'occasion de tous les mouvements. La pression très douloureuse provoque la défense de la paroi. Hématurie légère le soir. Le lendemain, fièvre qui persiste sept jours.

La douleur persiste, exaspérée par les mouvements du membre inférieur du même côté et les hématuries abondantes se répètent pendant un mois. Le malade commence à se lever et boite légèrement.

Cinq mois après l'accident, il se plaint encore de vives douleurs dans l'hypocondre gauche. Ces douleurs sont de plusieurs sortes ; les unes constantes et profondes, sont comparées à des pincements, elles s'exagèrent quand il est debout ou au moment qu'il se recouche ; les efforts de la toux, les respirations profondes agissent dans le même sens, parfois elles empêchent le sommeil. De temps à autre, surviennent, en outre, de véritables crises douloureuses paroxystiques qui s'accompagnent des irradiations habituelles de la colique néphrétique. Leur intensité provoque des pleurs et des gémissements et nécessite l'emploi de la morphine.

Aucun empatement dans la région lombaire qui est douloureuse à la palpation.

Les urines contiennent un dépôt floconneux, blanchâtre qui s'exagère après les violentes crises de douleur. Le volume varie de 1.000 à 1.800, la densité de 1.021 à 1.025 ; l'urée de 17,5 à 27,54 ; les phosphates de 1,5 à 3,24 ; les chlorures de 11,33 à 15,55. D'une façon intermittente, on trouve des traces d'albumine. Dans le culot de centrifugation, on trouve des cris-

taux d'acide urique et d'urate de soude, des globules rouges, quelques lymphocytes et quelques cylindres granuleux.

On pense à une cicatrice rénale douloureuse, entourée d'une zone de parenchyme chroniquement enflammé.

Par la séparation, l'urine du rein gauche donne, huit mois après l'accident, un très léger louche et contient des traces d'albumine. L'urine du rein droit est absolument limpide et dépourvue d'albumine.

Le diagnostic est : néphrite légère à gauche, avec cicatrice rénale diminuant la valeur fonctionnelle de l'organe.

Douze mois après l'accident, il accuse encore une douleur sourde, contusive dans la fosse lombaire gauche. Cette sensation pénible de pesanteur qui s'accroît par la marche et la station debout, gêne parfois le sommeil, mais les crises paroxystiques ont complètement disparu. Les urines ne contiennent plus d'albumine.

Il a été proposé pour une réforme définitive, avec gratification renouvelable de trois cents francs par an, la commission ayant estimé que sa réduction de capacité du travail pouvait être évaluée à 30 pour 100, pour une durée d'au moins deux ans.

Obs. 91. — Personnelle et inédite.

Néphrite et périnéphrite chronique douloureuse. — Réno-décortication et fixation par les lambeaux capsulaires. — Guérison.

C. D., âgée de 29 ans, entre à la clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker, le 5 mai 1909, pour des douleurs dans la région lombaire droite.

Menstruation irrégulière, 4 à 5 fois par an. A 18 ans, elle a eu une bronchite qui l'a gardée près d'un mois au lit. Plusieurs fois, elle a dû interrompre son travail, dans l'atelier de boutons où elle est employée, en raison de ces bronchites répétées. Il y a trois mois, une nouvelle crise de bronchite aiguë, avec fièvre, nécessita son entrée à l'hôpital Tenon. Il y a trois ans, elle accoucha normalement d'un enfant vivant et bien portant.

Il y a deux ans, à la suite d'une chute, la région lombaire porta violemment sur le dossier d'un lit. Elle éprouva une très vive douleur et dut rester couchée huit jours, dans l'impossibilité absolue de remuer les jambes. Le moindre mouvement réveillait de très grandes souffrances dans la région traumatisée. Ces douleurs étaient continues, siégeaient dans la fosse lombaire gauche et irradiaient dans la région hypogastrique. Elle compare ces douleurs à des pincements, des piqûres d'aiguilles qui rendaient toute palpation impossible. Les urines restèrent normales et elle n'eut pas d'hématuries. Au bout de huit jours, elle reprend son travail d'atelier, mais les douleurs qui, jusqu'alors, étaient seulement localisées à gauche, apparaissent aussi à droite. Elle souffrait tant, qu'il lui était

impossible de terminer ses journées de travail et elle devait rentrer chez elle, s'allonger, pour obtenir un soulagement. Depuis un an, les douleurs qui persistent toujours à gauche sont tolérables et c'est plutôt de la gêne qu'elle ressent que de la souffrance. Par contre, à droite, elle sont devenues si accusées qu'elle s'assied avec précaution, marche péniblement et monte péniblement dans son lit. Le moindre mouvement donne lieu à une sensation d'arrachement, de déchirement dans la fosse lombaire droite et elle est tout à fait incapable de se retourner dans son lit. Pour calmer cette douleur constante, qui ne procède jamais par crise et n'irradie pas le long de l'uretère, elle a recours à la position demi-assise, les cuisses légèrement fléchies sur l'abdomen. Au moment des règles, les douleurs sont peut-être un peu plus vives. Depuis un mois, après le traumatisme, les urines sont devenues troubles, mais jamais elles n'ont contenu de sang. Aucun trouble de la miction.

Le 26 mars 1909, elle entre à l'hôpital Tenon pour de la bronchite aiguë, avec fièvre, sensation de défaillance. Pas d'enflure des jambes, pas de céphalée, mais urines troubles. On fait un examen des urines qui donne le résultat suivant : ni sucre, ni albumine ; dans le dépôt se trouvent de très nombreux leucocytes, une grande quantité d'hématies, beaucoup de cellules pavimenteuses, et de nombreux microbes de fermentation. A la suite de cet examen, elle est dirigée dans le service de M. Albarran.

A son entrée, le 5 mai 1909, la malade a déjà la fièvre, mais l'état général n'est pas mauvais. Elle ne tousse plus et ses symptômes de bronchite ont presque complètement disparu. Elle se plaint de douleurs dans les deux fosses lombaires, à peine marquées à gauche, très vives à droite. Ces douleurs gardent le même caractère que nous avons décrit.

À gauche, la palpation de la fosse lombaire est douloureuse, et cependant, l'on n'arrive pas à sentir le pôle inférieur du rein, bien que l'on déprime assez facilement les muscles de la paroi. On réveille en avant de la douleur, au niveau des points : paraombilical, de Tourneux, inguinal, sus-intra-épineux. À droite, la palpation de la fosse lombaire est tout à fait indolore. On sent une grosse tumeur, du volume du poing, dure, lisse, régulière, mobile, qui descend à quatre travers du doigt au-dessous des fausses côtes, et que l'on n'arrive pas à réduire. Le toucher vaginal montre un col mou et allongé, l'utérus est en antéflexion. Le doigt réveille une douleur assez vive, au niveau du point urétéral gauche inférieur.

À part quelques petits râles de bronchite disséminés dans les poumons, on ne trouve la trace d'aucune lésion. Rien dans les autres organes. L'état général est bon.

Urines. — Les urines sont normales en quantité, mais légèrement troubles. Pas d'hématuries, pas de troubles de la miction.

L'examen cystoscopique montre une vessie normale avec des orifices urétéraux normaux.

L'examen histo-bactériologique et l'exploration fonctionnelle des reins donnent les résultats suivants :

Rein droit. — Eléments du sang, très nombreuses cellules épithéliales, pas de microbes.

Quantité des urines en deux heures.	164 cc.
Urée au litre.	9 gr.
— quantité réelle éliminée	1 » 50
Sucre au litre	3 » 6
— quantité réelle éliminée	0 » 58
Albumine	traces
Chlorures au litre	6 gr.
— quantité réelle éliminée.	0 » 98

Rein gauche. — Eléments du sang, quelques cellules épithéliales, pas de microbes.

Quantité totale des urines en deux heures. . . .	24 gr.
Urée au litre.	12 » 2
— quantité réelle éliminée.	0 » 28
Sucre au litre	4 » 4
— quantité réelle éliminée	0 » 10
Albumine	traces
Chlorures au litre.	5 gr. 7
— quantité réelle éliminée	0 » 13

En somme, l'examen fonctionnel montrait que le rein droit, bien qu'il fût douloureux, fonctionnait bien et que le rein gauche lui était inférieur. Aussi, M. Lenormant, en raison des caractères de la douleur et du résultat de cette exploration fonctionnelle, pense à une périnéphrite douloureuse.

Opération, le 23 janvier 1909. — Incision lombaire droite. Grosse périnéphrite fibro-lipomateuse qui entoure complètement le rein et lui adhère fortement. On dégage cependant la glande assez facilement de sa capsule adipeuse. Le rein est abaissé, augmenté de volume. Sa coloration est normale, sa consistance régulière, sa surface lisse. Le bassin est normal, pas distendu, aucune sensation de calcul, l'uretère que l'on suit sur une longueur de 10 centimètres est tout à fait normal. Réno-décortication, fixation du rein par ses lambeaux capsulaires. Drainage.

Suites opératoires — Excellentes ; les douleurs ont complètement disparu. Nous avons eu des nouvelles de la malade six mois après l'opération et elle continuait à se bien porter.

Obs. 92. — Inédite, due à l'obligeance de M. BEZANÇON.

Néphrite et périnéphrite chroniques douloureuses. — Néphrotomie.

Réno-décorcation par M. Tuffier. — Guérison.

X..., âgé de 53 ans, n'a aucun antécédent héréditaire, autre que la goutte. Pas de syphilis antérieure, ses enfants sont bien portants et lui-même, vigoureux autrefois, faisait du sport.

En septembre 1907, au bord de la mer, il est pris de symptômes qualifiés de lumbago. Il rentre à Paris huit ou dix jours après et l'examen des urines décèle la présence d'albumine en assez grande quantité. Pas d'œdèmes et aucun autre symptôme de néphrite. Cette albuminurie persiste quelque temps et disparaît presque complètement à un moment.

Il ne ressent plus aucune douleur dans la région lombaire et il se plaint seulement de douleurs gastriques très pénibles, trois ou quatre heures après le repas, et d'une flatulence qui rend la vie sociale très pénible pour lui.

En 1908, à la campagne, le malade est pris de nouveau de phénomènes douloureux, dans la région lombaire, avec prédominance assez marquée à droite pour que le médecin porte le diagnostic de colique hépatique. Les urines étaient de couleur rouge noirâtre après la crise. M. Bezançon revoit le malade à son retour à Paris et retrouve de nouveau une grande quantité d'albumine.

Vers la fin de 1908, il est pris de nouveau, à la campagne, d'accidents analogues du côté droit, à siège un peu différent, car le diagnostic porté est celui d'appendicite. L'état général est grave et le malade met longtemps à se remettre.

En janvier 1909, il est repris pour la quatrième fois, à Paris, d'une crise caractérisée par des douleurs lombaires extrêmement vives avec irradiation douloureuse dans la fosse iliaque droite et au point cystique. Défense de la paroi de toute la partie droite du ventre ; la température est à 38° ; il a des vomissements alimentaires et bilieux. Sensibilité exquise de la peau, empêchant tout palper. Le premier jour, impossible de savoir si c'est de l'appendicite ou de la cholécystite. Rein ne fait prévoir, sauf la douleur lombaire, la possibilité d'accidents rénaux. Diète, glace sur le ventre et opium.

Le lendemain, le malade rend des urines de couleur noirâtre, et l'examen montre l'absence de pigments biliaires et la présence de globules rouges en grande quantité. Il s'agit d'une hématurie. Les urines sont relativement rares et l'état général reste grave. Il semble que c'est de la lithiase rénale qui cause la réaction douloureuse et la sensibilité de la paroi.

M. Tuffier, appelé, pense à un calcul rénal, mais devant l'impossibilité de palper, il chloroforme le malade pour l'examiner. On ne sent rien au

palper, mais peut-être à droite, sous le rebord costal, en dehors de la vésicule, un empâtement profond. Le malade fait de la congestion pleuro-pulmonaire, post-chloroformique avec crachats rouillés, et l'opération est retardée de quelques semaines.

La douleur persiste toujours du côté droit ; le malade se tient courbé pour immobiliser le côté.

Opération. — Néphrotomie, incision de la couche corticale, pénétration dans le bassin, pas de calculs. Par contre, toute l'enveloppe cellulo-adipreuse est transformée en un tissu dur lardacé et donne l'impression nette de périnéphrite adipo-scléreuse. M. Tuffier décortique le rein et draine pendant un ou deux jours.

Suites opératoires. — Guérison et, six mois après l'opération, les douleurs n'ont pas reparu et le malade est complètement rétabli.

CONCLUSIONS

1° Il existe des néphrites chroniques douloureuses, accompagnées ou non de périnéphrite chronique, qui comprennent presque tous les cas de néphralgie idiopathique.

2° Ces néphrites et périnéphrites chroniques douloureuses peuvent être d'origine infectieuse, toxique, dyscrasique ou mécanique. De toutes ces causes, les plus fréquentes sont : la lithiase, le traumatisme et un certain degré de mobilité rénale.

3° Dans l'immense majorité des cas, ces néphrites sont unilatérales et même parcellaires ; plus rarement, elles sont bilatérales.

4° Au point de vue anatomique, ce sont des néphrites mixtes, mais qui s'accompagnent d'un état congestif très intense du rein et souvent très prononcé de sa capsule propre, extrêmement adhérente au parenchyme lui-même et à la capsule graisseuse hypertrophiée et sclérosée.

5° La douleur peut être l'unique symptôme de la maladie, s'associer à l'hématurie et aux autres signes fournis par l'examen des urines, se compliquer ultérieurement des signes dits de brightisme ; dans une autre modalité, beaucoup plus rare, la douleur s'ajoute secondairement à ces derniers pour l'emporter sur tous les autres symptômes des manifestations cliniques de cette affection.

6° Le mode de début, la durée, l'intensité, le siège et les irradiations de la douleur sont extrêmement variables.

7° Nous croyons pouvoir dire que les crises paroxystiques qui surviennent brusquement, à intervalles irréguliers et simulent la colique néphrétique, sont dues à des poussées congestives du parenchyme rénal et constituent la forme dite congestive de la maladie.

8° Au contraire, les douleurs sourdes, continues, avec tiraillements, sans paroxysmes, sont plutôt le fait de la périnéphrite et se rencontrent dans la forme périnéphrétique de la maladie.

9° Le plus souvent, ces deux formes s'associent, et, dans l'intervalle des crises congestives, les douleurs de périnéphrite persistent.

10° Ces néphrites et périnéphrites chroniques douloureuses, en raison des caractères variables de la douleur et de l'hématurie, ont été confondues avec la lithiasé rénale, la tuberculose et le cancer du rein.

11° L'évolution de la maladie est essentiellement chronique et peut durer de très nombreuses années.

12° Le traitement médical des néphrites n'a aucune action sur la disparition de la douleur ; par contre, les interventions chirurgicales donnent de bons résultats.

13° La néphrectomie est une opération dangereuse qui doit rester une intervention d'exception, imposée par une complication.

14° La néphrotomie doit être conseillée dans les cas douloureux dont le nombre se restreint de plus en plus avec le perfectionnement des méthodes d'exploration. L'intervention de choix est la néphrolyse jointe à la réno-décortication et à la fixation du rein par les lambeaux capsulaires, quand c'est possible.

Vu :

Le Président de la thèse,
QUÉNU.

Vu :

Le Doyen,
L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbe (R.).** — Communication à l'Académie de médecine de New-York, 13 avril 1891. *New York med. Journ.*, 16 mai 1891, t. LII, p. 573.
- Albarran.** — Hématuries dans la névralgie hystérique rénale. *Ann. génito-urin.*, 1896.
- A propos du rein mobile, *Journal des Praticiens*, 22 août 1908.
- Tuberculose rénale, *Traité de chirurgie* LE DENTU et DELBET, vol. VIII.
- Lésions de néphrite dans les reins cancéreux. *Assoc. franç. d'urologie*, Paris, 1899.
- Pathogénie des périnéphrites, *Soc. biol.*, 29 juin 1889.
- *Ann. des malad. des org. génito-urin.*, 1898, p. 466.
- *Assoc. franç. d'urologie*, 4^e session, 1899.
- Néphrites hématuriques. *Ann. des malad. des org. génito-urin.*, 1904.
- Hématuries de néphrites méconnues. *Assoc. franç. d'urologie*, 4^e sess., Paris, 1899, p. 104.
- Anderson.** — *The Lancet*, 20 avril 1899, p. 776, case II.
- Barthélemy Guisy.** — Rapport sur la tuberculose rénale. *XVI^e Congrès internat. de médéc.*
- Barker.** — *The Lancet*, 24 janvier 1885, p. 141.
- Blech** (Bonn). — Les hématuries dans les néphrites unilatérales. *Beitrag zur klinischen Chirurg.*, 1909, t. LXI, fasc. 2 janv., p. 398 à 447.
- Bloch.** — Résection du tissu rénal au point de vue du diagnostic. *Revue de chirurgie*, 1898.
- Boursier (Aug.)** (Contrexéville). — Hématuries dites essentielles, *Assoc. franç. d'urol.*, 4^e sess., Paris, 1899, p. 109.
- Boyer.** — *Maladies chirurgicales*, Paris, 1822, t. VIII.
- Broca.** — *Annales des malad. des org. génito-urin.*, 1894, p. 881.
- Chopart.** — *Maladies des voies urinaires*, t. I, Paris, 1830.
- Castaigne.** — Les maladies des reins, *Traité de médecine*.
- Castaigne et Rathery.** — Néphrites chroniques bilatérales consécutives aux lésions traumatiques d'un seul rein. *Bull. de la Soc. de méd. des hôpitaux*, déc. 1902.
- Toxicité de la substance rénale et néphrotoxines. *Presse méd.*, août 1902.

- Néphrites primitivement unilatérales et lésions secondaires du rein opposé. *Sem. méd.*, 20 août 1902.
- Lésions expérimentales de l'épithélium des tubes contournés par injection d'émulsion rénale. *Soc. de biol.*, 17 mai 1902.
- Debersaques.** — *Annales de la Société belge de chirurgie*, juillet 1898.
- Demons.** — *Assoc. franç. de chirurgie*, XII^e Congrès, 1898.
- Desnos.** — Hématuries chez les gouteux. *Assoc. franç. d'urologie*, 4^e session, Paris, 1899, p. 160.
- Destot.** — A propos de certaines erreurs d'interprétation dans la radiographie du rein. *Soc. de chirurgie de Lyon*, 14 mai 1908.
- Donnadieu.** — *Anurie calculuse et en particulier de son traitement chirurgical*, th. de Bordeaux, 1895.
- Duncan.** — *Medical Times*, 16 novembre 1878.
- Durham.** — *Brit. med. Journ.*, 18 mai 1872.
- Ertzbischoff.** — Thèse de Paris, 1906.
- Ferguson.** — *Journ. amer. med. Assoc.*, 1899, 609-611.
- *Medical Standart*, 1899, 215-218.
- Surgical treatm. of chron. Brights disease. *Med. Stand.*, juin 1899.
- Surgical treatm. of nephritis. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1903, 8-17.
- *Medical Standart*, juin 1901.
- Foisy.** — *Ann. méd. chir. du centre*, 25 novembre 1906.
- Finocchiario (Gaetano).** — Influenza della Enucleazione e dello Scapsulamente nullo state anatomico e funzionale del rene. *Il Policlinico*. vol. XIV, C).
- Francks (Kendal).** — *Brit. med. Journ.*, 1888, p. 685.
- Frugoni (Cesare).** — Du plexus rénal dans les néphrites. *Rivista critica di clinica medica*, nos 9 et 10, 1907.
- Gentil (Francisco).** — *Trat. chirurg. de mal de Bright*. Lisbonne, oct. 1904.
- Godineau.** — *Les néphrites chroniques douloureuses*. Th. de Bordeaux, 1907.
- Guiteras (R.).** — *New York med. Journ.*, 17 mai 1902, p. 850.
- Guyon et Albarran.** — Hématuries pendant la grossesse. *Assoc. franç. d'urologie*, 4^e sess., Paris, 1899, p. 76.
- Guyon.** — *Comptes rendus du IX^e Congrès français de chirurgie*, 1895, p. 534.
- Grunwell.** — *Medical record*. New-York, 26 mars 1904.
- Harrisson.** — Névralgie simulant un calcul du rein. *Brit. med. Journ.*, 1887, p. 675.
- *The Lancet*, 4 janv. 1896, p. 18.
- Herbst (Oskar).** — Les néphrites latentes chez les enfants. *Jahrb. f. Kinderkeilh.*, 1908, vol. XVII, p. 13. Analyse in *Presse médic.*, 1908, n° 8, p. 61.
- Hoffbauer (Ludwig).** — In *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, 1899, p. 423.

- Immelmann.** — Sur les opérations pour lithiase rénale. Communication à la Réunion libre des chirurgiens de Berlin, séance du 7 décembre 1908, in *Zentralblatt für Chirurg.*, t. XXXVI, n° 7, 13 févr. 1909, p. 231, 232.
- Israël.** — In *Mitt. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir.*, 1899.
- *Chirurgie du rein et de l'uretère*. Paris, 1900 (traduit de l'allemand par RODRIGUEZ).
- Jacobelli (F.).** — Sulle infezioni renali ascendante. *Gaz. internaz. di med. pratica*, 30 avril 1902.
- Kirkham.** — Néphralgie malariale. *Med. Times*, 4 avril 1885.
- Klippel.** — Rôle et lésions du plexus rénal dans les néphrites. *Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 13 mai 1896.
- et **Chabrol (E.).** — Néphrite traumatique avec œdème unilatéral et lésions secondaires du rein opposé. *Presse médicale*, 14 avril 1909.
- Laboulbène.** — *Des néphralgies viscérales*. Th. d'agrég., Paris, 1860.
- Langenhagen D.** — Les faux reins mobiles, *Presse méd.*, 1904.
- Lauenstein.** — Zur Chirurgie de Nieren, *Deut. med. Woch.* Leipzig, 1887, n° 26, p. 569, obs. II.
- Lecorché.** — *Traité des maladies des reins*, Paris, 1875, p. 578.
- Le Dentu.** — Des néphrites méconnues comme causes de névralgies rénales. *Congrès de chirurgie*, 1898.
- *Affections chirurgicales des reins et des uretères*, Paris 1886.
- Legueu.** — Thèse de Paris, 1891, p. 85.
- Névralgies rénales, *Annales des maladies des org. génito-urin.*, 1891, p. 564-631-778.
- Le Nouëne.** — *Du traitement chirurgical des néphrites*. Th. de Paris, 1903.
- Loumeau.** — A propos des hématuries rénales essentielles. *Ass. franç. d'urologie*, 4^e sess., Paris, 1899, p. 125.
- *Ann. des malad. des org. génito-urin.*, février 1910, n°3.
- Malberbe et Legueu.** — Néphrites hématuriques. *Rapp. de la 4^e session d'Assoc. franç. d'urologie*.
- Melecot.** — *France médicale*, 25 octobre 1887, t. II, p. 1509.
- Mac Lane Tiffany.** — Division of the capsule of the Riehney for the relief of néphralgia. *Annals of Surgery*, août 1899, p. 404.
- Michaux.** — Thèse de Paris, 1900.
- Morriess.** — An address on some points in the surgery of the Kidney. *Brit. med. journ.*, 1885, p. 311.
- Mignot.** — *Journ. de méd. et chir. prat.*, 1846, p. 155-159.
- Neuhäuser.** — Sur les opérations pour lithiase rénale. Communication à la Réunion libre des chirurgiens de Berlin, séance du 7 décembre 1898, in *Zentralblatt für Chirurgie*, XXXVI, n° 7, 13 février 1909, p. 231, 232.
- Ncolich.** — *Cong. franç. d'urologie*, 1905.
- Nimier.** — *Société de chirurgie de Paris*, juin 1898.
- Thomas Oliver.** — *Brit. med. Journ.*, 1892, vol. I, p. 647.

- Patel et Cavaillon.** — *Ann. des malad. des org. génito-urin.*, p. 1366, 1903.
- Péan.** — *De l'intervention chirurgicale dans les affections des reins*, in thèse inaugurale de BRODEUR, Paris, 1886, p. 20.
- G. Perez.** — *Il policlinico*, n^{os} 1 et 3, 1904.
- Pousson.** — *Traitement chirurgical des néphrites médicales*, 1904.
- De l'intervention chirurgicale dans les néphrites hématuriques. *Soc. de chirurgie*, 14 novembre 1906.
- Des néphrites chroniques douloureuses. *Prov. méd.*, juillet 1906.
- Néphrites chroniques hématuriques. *Ann. des org. génito-urin.*, 1908, p. 1069.
- Influence de la distension du rein sur la congestion et le saignement de cet organe. *Assoc. franç. d'urologie.*, 4^e session, Paris, 1899, p. 100.
- *Bulletin de la Société de chirurgie*, 7 juin 1898.
- *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juin 1902, p. 642, 657.
- Existence d'un réflexe réno-rénal dans certaines néphrites médicales. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 mars 1900.
- *Chirurgie des néphrites*, 1909.
- Potain.** — Des anasarques unilatérales consécutives aux lésions du rein. *Gaz. des hôpit.*, 17 février 1883.
- Des œdèmes nerveux et arthritiques. *Bull. médic.*, 10 janvier 1897, p. 21.
- Quattro-Ciocchi.** — *Sur le traitement chirurgical des néphrites médicales*, 1 vol. 264 p., Milan, Rome, Societa Editrice Dante Alighieri, 1906.
- Rochet.** — A propos de certaines erreurs d'interprétation dans la radiographie du rein. *Soc. de chirurg. de Lyon*, 14 mai 1908.
- Rovsing.** — Néphrites chroniques, in *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, janvier 1902.
- Rolfe.** — On certain nephralgias simulating renal calculi. *Brit. med. Journ.*, 28 janvier 1888, t. I, p. 182.
- Raynaud (Maurice).** — Des crises néphrétiques dans l'ataxie locomotrice. *Arch. génér. de méd.*, 1876.
- Ralfe.** — Sur certaines néphralgies simulant les calculs du rein. *Brit. medic. Journ.*, 1888.
- Récamier.** — *Etude sur les rapports du rein et son exploration chirurgicale*. Th. de Paris, 1889.
- Rayer.** — *Maladie des reins*, t. III, p. 599, Paris, 1841.
- Romanelli (Giovanni).** — *Studio clinico e Sperimentale suli a Nefrite traumatica*.
- Sabatier (A.)** — *Revue de chirurgie*, Paris, 1889, t. IX, p. 62.
- Sandras.** — *Traité des maladies nerveuses*, t. II, Paris, 1851.
- Shepherd.** — *Montreal medical Journal*, vol. XVII, p. 3, 197, 201.

- Sorel.** — Traitement chirurgical des néphrites. *Cong. franç. d'urologie*, 1903, et thèse de Le NOUENE.
- Sutcliffe.** — Rep. of a case of operat. of chr. Bright's dis. by duclap. of Kidney. *Med. a Surgic. Monitor*, 1903, p. 35, 38.
- Sémériel.** — *Du rôle du plexus rénal dans la pathogénie de l'œdème brightique*, Th. de Paris, 1900-1901.
- Simonin et Tanton.** — Les suites médicales lointaines des contusions du rein. *Presse médic.*, n° 24, 13 mars 1909.
- Tuffier.** — De la douleur dans le rein mobile. *Presse médic.*, nov. 1904.
— *Etude expérimentale sur la chirurgie urinaire*, Paris, 1889.
- Tyson (James).** — Périnéphrite simulant un calcul rénal. *Universit of Pennsylvania med. Bull.*, 9 nov. 1906.
- Teale.** — De la néphralgie essentielle. *Edinburgh med. and surg. Journ.*, t. XXXIII, p. 4333).
- Texier.** — *Monit. des sc. médic. et pharmac.*, 1860, p. 121 et 131.
- Vignerot.** — *De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein*, Th. de Paris, 1892.
- Weir (F.).** — The surgical treat. of surgical Kidney, *Medical Record*, 15 septembre 1894, p. 365.
- Whiple.** — *The Lancet*, 1890, t. II, 1269.
- Ziegler.** — *Trattato di anatomia pathologica speciale*, vol. II, parte 2.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique	9
CHAPITRE II. — Considérations anatomiques et physiopathologiques sur le rein et sa capsule.	20
CHAPITRE III. — Etiologie	29
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.	47
CHAPITRE V. — Symptomatologie	63
CHAPITRE VI. — Evolution et formes cliniques	80
CHAPITRE VII. — Pathogénie	86
CHAPITRE VIII. — Diagnostic	96
CHAPITRE IX. — Traitement	106
OBSERVATIONS	117
CONCLUSIONS	193
BIBLIOGRAPHIE	197

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne)